

Handbok för studerandehälsovården



SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIET

Helsingfors 2007

ISSN 1236-2050

ISBN 978-952-00-2028-6 (inh.)

ISBN 978-952-00-2029-3 (PDF)

Layout: AT-Julkaisutoimisto Oy

Tryckning: Universitetstryckeriet, Helsingfors 2007

Sammmandrag

*Handbok för studerandehälsovården. Helsingfors 2007. 251 s.
(Social- och hälsovårdsministeriets publikationer, ISSN 1236-2050,
2006:13) ISBN 978-952-00-2028-6 (inh.), ISBN 978-952-00-2029-3 (PDF)*

Handboken är den första nationella handledningen i studenthälsovård. Den täcker samtliga utbildningsformer efter grundskolan. Handboken beskriver målen, uppgifterna och det centrala innehållet för studenthälsovården. Studenthälsovården omfattar såväl behandlingen av sjukdomar som hälsofrämjande och skötsel av miljöhälsa och miljö säkerhet.

Det är karakteristiskt för den studerandes livsfas att de unga människorna blir vuxna och självständiga under den tid som de studerar för att skaffa sig färdigheter för arbetslivet och för att avlägga examen. Handboken erbjuder en helhetssyn på de studerandes livssituation och behov, och man betraktar studierna, de studerandes livssituation samt särdragen av de studerandes hälsoproblem. Studierna förutsätter både individens egna resurser och stöd från studiemiljön.

Den centrala delen av handboken utgörs av främjandet av de studerandes hälsa och studieförmåga på individ- och samfunds nivå. Handboken beskriver ett flertal arbetsmetoder och god praxis till stöd för dem som arbetar inom studenthälsovården. I bilagorna finns modeller för att utföra enkäter och screeningar samt ordna olika slags gruppers verksamhet. I handboken betonas tidigt ingripande i de studerandes bekymmer och hälsoproblem.

Samarbete mellan aktörerna inom studenthälsovården och ett kollektivt sätt att arbeta inom studiesamfundet är nödvändigt. Tillräckligt med arbetstid måste reserveras för detta. Representerarna för hälso- och sjukvården har en central och samlande roll i välfärdsaktörernas nätverk såsom i samarbetsgrupperna och arbetsgrupperna för välfärd.

För att genomföra den i handboken beskrivna verksamheten behövs en hälsovårdare per 600 studerande vid yrkesinriktad utbildning på andra stadiet och en hälsovårdare per 800 studerande vid övrig utbildning. Mer resurser anvisas till studerande på andra stadiet för att reducera skillnader i hälsa och förebygga utslagning. Utgångspunkten vid dimensioneringen av läkararbete är 2 500–3 000 studerande per heltidsanställd läkare.

Dessutom behövs yrkesövergripande arbetsgrupper till vilka man vid behov kan bjuda in andra sakkunniga.

En framgångsrik studenthälsovård och utvecklandet av denna förutsätter på kommunnivå effektivisering av ledningen; det är nödvändigt att på hälsovårdscentralerna utse en ansvarig person för studenthälsovården. Studenthälsovården måste även utvecklas och samordnas på nationell nivå.

Nyckelord:

hälsa, hälsofrämjande, hälsovårdare, läkare, samarbete, studerande, studier, välfärd, yrken

Tiivistelmä

*Opiskeluterveydenhuollon opas. Helsinki 2007. 251 s.
(Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, ISSN 1236-2050, 2006:13)
ISBN 978-952-00-2028-6 (nid.), ISBN 978-952-00-2029-3 (PDF)*

Opas on ensimmäinen opiskeluterveydenhuollon valtakunnallinen ohjeistus. Se kattaa kaikki peruskoulun jälkeiset koulutusmuodot. Oppaassa kuvataan opiskeluterveydenhuollon tavoitteet, tehtävät ja keskeinen sisältö. Opiskeluterveydenhuolto sisältää sekä sairauden hoidon että terveyden edistämisen ja ympäristön terveellisyydestä ja turvallisuudesta huolehtimisen.

Oppaassa käytetään sosiaali- ja terveysministeriön opiskelijaterveydenhuollon työryhmän suosittelemaa termiä opiskeluterveydenhuolto. Aiempi termi opiskelijaterveydenhuolto todettiin liian kapea-alaiseksi. Uusi termi kuvaa paremmin toimintaa yksilötason lisäksi myös yhteisötasolla ja eri toimijoiden muodostamaa kokonaisuutta.

Opiskelijan elämänvaiheelle on ominaista, että nuoret aikuistuvat ja itsenäistyvät samaan aikaan, kun he opiskelevat hankkiakseen työelämävalmiuksia ja suorittaakseen tutkinnon. Oppaassa lähestytään opiskelijan elämäntilannetta ja tarpeita kokonaisvaltaisesti ja tarkastellaan opiskelua, opiskelijoiden elämäntilannetta ja opiskelijoiden terveysongelmien erityispiirteitä. Opiskelu edellyttää sekä yksilön omia voimavaroja että tukea opiskeluympäristöltä.

Opiskelijoiden terveyden ja opiskelukyvyn edistäminen yksilö- ja yhteisötasolla muodostaa oppaan keskeisen osan. Oppaassa kuvataan runsaasti työmenetelmiä ja hyviä käytäntöjä opiskeluterveydenhuollossa toimivien tueksi. Liitteistä löytyy malleja kyselyjen ja seulontojen tekemiseen sekä erilaisten ryhmien pitämiseen. Oppaassa korostetaan varhaista puuttumista opiskelijoiden huoliin ja terveysongelmiin.

Opiskeluterveydenhuollon toimijoiden yhteistyö ja yhteisöllinen työskentely opiskeluyhteisössä on välttämätöntä. Siihen on varattava riittävästi työaika. Terveys- ja terveydenhuollon edustajilla on keskeinen ja kokoava rooli hyvinvointitoimijoiden verkostossa kuten yhteistyö- ja hyvinvointityöryhmissä.

Oppaassa kuvatun toiminnan toteuttamiseen tarvitaan yksi terveydenhoitaja 600 opiskelijaa kohti toisen asteen ammatillisessa koulutuksessa ja

muussa koulutuksessa yksi terveydenhoitaja 800 opiskelijaa kohti. Toisen asteen opiskelijoille kohdennetaan muita enemmän tukea ja ohjausta terveyserojen kaventamiseksi ja syrjäytymisen ehkäisemiseksi. Lääkärin työn mitoituksen lähtökohtana on 2500–3000 opiskelijaa kokopäiväistä lääkäriä kohti. Lisäksi tarvitaan moniammatillisia tiimejä, joihin voidaan kutsua tarvittaessa muita asiantuntijoita.

Tuloksellinen opiskeluterveydenhuolto ja sen kehittäminen edellyttävät kuntatasolla johtamisen tehostamista, terveyskeskuksiin on välttämätöntä nimetä opiskeluterveydenhuollon vastuuhenkilö. Opiskeluterveydenhuoltoa on kehitettävä ja koordinoitava myös kansallisella tasolla.

Asiasanat:

hyvinvointi, lääkärit, opiskelijat, opiskelu, terveyden edistäminen, terveydenhoitajat, terveydenhuolto, terveys, yhteistyö

Summary

Handbook on health care during studies. Helsinki 2007. 251 pp. (Publications of the Ministry of Social Affairs and Health, Finland, ISSN 1236-2050, 2006:13) ISBN 978-952-00-2028-6 (pb), ISBN 978-952-00-2029-3 (PDF)

The handbook is the first national guideline on health care during studies. It covers all forms of education after comprehensive school. The handbook describes the goals, tasks, and central contents of health care during studies. Health care during studies encompasses treatment of disease, health promotion as well as the enhancement of healthy and safe environment.

The handbook uses the term health care during studies that has been recommended by the working group on student health care appointed by the Ministry of Social Affairs and Health. The previous term student health care was considered too narrow. The new term reflects better the operations at the level of individuals and communities as well as the entity formed by different actors.

It is characteristic of students' episode of life that young people grow up and become independent at the same time as they study to prepare themselves for working life and to get their degree. The handbook approaches the student's life situation and needs comprehensively and analyses studying, students' life situation, and the specific characteristics of students' health problems. Studying requires both the individual's own resources as well as support from the study environment.

The promotion of health and study abilities of the students at the level of individuals and communities forms a central part of the handbook. The handbook describes several working methods and good practices for the support of health care during studies. The annexes include models for questionnaires, screening, and the organisation of different kinds of groups. The handbook emphasises the importance of early intervention in the students' worries and health problems.

Cooperation between the actors in health care during studies as well as community-based work are necessary in the study environment. Enough time should be reserved for the cooperation. Representatives of health care have a central and assembling role in the network of welfare actors that include working groups for cooperation and welfare.

In order to implement the activities described in the handbook, one public health nurse per 600 students is required in secondary occupational education and in other types of education one nurse per 800 students. Secondary level students are allocated more support and guidance than other students in order to diminish health differences and prevent social exclusion. With regard to physicians, there should be one fulltime physician per 2,500–3,000 students. In addition, multiprofessional teams are needed so that also other experts can be consulted if necessary.

Successful health care during studies and its development require more effective management at the municipal level: a person in charge of health care during studies should be appointed to each health centre. Health care during studies must be further developed and coordinated also at the national level.

Key words:

cooperation, health, health promotion, occupation, physicians, public health nurses, students, studying, welfare

I *nnehåll*

Sammandrag	3
Tiivistelmä	5
Summary	7
 Förord	 15
 1 Inledning	 17
 2 Begrepp, mål och uppgifter inom studerandehälsovården	 21
2.1 Begrepp inom studerandehälsovården	22
2.1.1 Studerandehälsovård	22
2.1.2 Studieförmåga	22
2.1.3 Studerandevård är välfärdsarbete	22
2.1.4 Studiemiljö	23
2.2 Studerandehälsovårdens omvärld	24
2.3 Mål och uppgifter	25
2.4 Mål som gäller ungdomar och unga vuxna i de nationella programmen	27
 3 Utbildningssystemet efter grundskolan och de studerande	 30
3.1 Beskrivning av utbildningssystemet	30
3.2 Gymnasieutbildning och grundläggande yrkesutbildning	31
3.3 Yrkeshögskolor och universitet	31
3.4 De studerande är en blandad grupp	32
3.5 Studerandeorganisationerna och deras roll	35
 4 Studier som arbete	 37
4.1 Studier på olika utbildningsnivåer	38
4.1.1 Gymnasiestudier	38
4.1.2 Studier inom den grundläggande yrkesutbildningen på andra stadiet	38
4.1.3 Yrkeshögskolestudier	39
4.1.4 Universitetsstudier	40
4.2 Studieförmågan är de studerandes arbetsförmåga	41

5	En trygg och hälsosam studiemiljö	46
5.1	Mot trygga och hälsosamma läroanstalter	
	– utveckling och övervakning	46
5.1.1	Författningar som rör hälsa och trygghet	46
5.1.2	Läroanstalten som den studerandes arbetsmiljö	47
5.1.3	Att bedöma om studiemiljön är trygg och hälsosam	48
5.2	De studerandes rätt till en trygg och hälsosam miljö under inläringen i arbetet och arbetspraktiken	50
5.2.1	Arbetsförhållande	51
5.2.2	Inläring i arbetet – innehåll och avtal	52
5.2.3	Läroanstaltens ansvar vid inläringen i arbetet	53
5.2.4	Arbetsgivarens ansvar vid inläringen i arbetet	56
5.2.5	Den studerandes skyldigheter vid inläringen i arbetet	56
5.2.6	Studerandehälsovårdens skyldigheter vid inläringen i arbetet	56
5.2.7	Olycksfall under studierna och inläringen i arbetet	57
6	De studerandes livssituation	59
6.1	Utmaningar under livsfasen och studierna	59
6.2	Den ekonomiska situationen och boendet	61
6.3	Familjeformen	63
6.4	Den psykosociala miljöns inverkan på hälsan och hälsobeteendet	63
7	De studerandes hälsoproblem – särdrag	66
7.1	Långtidssjukdomar	66
7.2	Upplevd hälsa och besvär	67
7.3	Användningen av läkemedel och naturmedel	70
7.4	Allergier och hudsjukdomar	71
7.5	Sjukdomar i och besvär från stöd- och rörelseorganen	72
7.6	Tarmsjukdomar och -besvär	73
7.7	Infektionssjukdomar	74
7.8	Huvudvärk och trötthet	76
7.9	Psykiska besvär, psykiska störningar och självdestruktivitet	76
7.9.1	Utbredningen av psykiska störningar	76
7.9.2	Depression	77
7.9.3	Ätstörningar	78
7.9.4	Självdestruktivitet	80
7.10	Familjeväld och våld i nära relationer	83
7.11	Mun- och tandhälsa	84
7.12	Olycksfall	85

8	Främjande av de studerandes hälsa och studieförmåga	88
8.1	Hälsofrämjande inom studerandehälsovården	88
8.2	Ordnandet av studerandevård och välfärdsarbete	90
8.2.1	Ordnandet av studerandevård i gymnasier och inom den grundläggande yrkesutbildningen	90
8.2.2	Välfärdsarbetet i högskolorna	92
8.3	Främjande av välfärden i skolgemenskapen	93
8.3.1	Läroanstalternas välfärdsprogram	95
8.3.2	Studerandeorganisationernas roll och perspektiv vid tryggheten och främjandet av studievälfärden	95
8.3.3	Mobbning, våld och sexuella trakasserier	97
8.4	Individuellt inriktat hälsofrämjande	99
8.4.1	Hälsorådgivning	100
8.4.2	Hälsoundersökningar	102
8.4.3	Vaccinationer	107
8.4.4	Gruppverksamhet	108
8.5	Hälsokommunikation	110
8.6	Hälsovanor och påverkan av dem	111
8.6.1	Rökning och snusning	113
8.6.2	Alkohol och andra droger	116
8.6.3	Motionsvanor och ergonomi	120
8.6.4	Matvanor	123
8.6.5	Viktkontroll	126
8.6.6	Sovvanor	128
8.6.7	Sexuell hälsa	130
8.6.8	Munhälsa	132
8.6.9	Psykosocialt stöd och förebyggande mentalvårdsarbete	133
8.7	Minskande av hälsoskillnaderna inom studerandehälsovården	136
8.8	Tidigt ingripande inom studerandehälsovården	138
9	Ordnande av hälso- och sjukvårdstjänster	139
9.1	Studerandehälsovården som en del av primärvården	139
9.2	Personal	140
9.2.1	Personalresurser	140
9.2.2	Hälsovårdarens och allmänläkarens arbete inom studerandehälsovården	141
9.3	Lokaler och arbetsredskap	143
9.4	Munhälsovårdstjänster	144
9.5	Mentalvårdstjänster	145
9.6	Missbrukartjänster	147
9.7	Andra tjänster inom primärvården	148
9.8	Ordnande av specialiserad sjukvård	148
9.9	Studenternas hälsovårdsstiftelse	149

9.9.1 Rätt att utnyttja tjänsterna	150
9.9.2 Förvaltning och finansiering	150
9.9.3 Stiftelsens tjänster	151
10 Särskilda frågor inom studerandehälsovården	152
10.1 Internationaliseringen av studierna	152
10.2 Studier som drar ut på tiden eller avbryts	154
10.3 Studerande med särskilda behov	157
10.3.1 Gruppering av inlärningsssvårigheter	158
10.3.2 Utredning av inlärningsssvårigheter	159
10.4 IT-utvecklingens inverkan på studerandehälsovården	160
10.4.1 Internet som källa till hälsokunskap	160
10.4.2 Internet som kanal för informationsutbyte och kommunikation inom studerandehälsovården	161
10.4.3 Elektroniska patientjournaler	162
11 Klientens ställning inom studerandehälsovården, dataskydd och journalhandlingar	164
11.1 Klientens ställning och rättigheter inom studerandehälsovården	164
11.2 Handlingar inom studerandehälsovården	165
11.3 Dataskyddet vid uppgörandet av journalhandlingar, behandlingen och förvaringen av uppgifter	167
11.4 Enkäter och undersökningar som utförs inom studerandehälsovården	168
11.5 Utlämnande av uppgifter inom studerandehälsovården	169
12 Ledning, uppföljning och utveckling av studerandehälsovården	172
12.1 Ledning	172
12.2 Kvalitetsuppföljning	173
12.3 Mot en kunskapsbaserad studerandehälsovård	174
12.4 Fortbildning, arbetshandledning och introduktionsutbildning för nyanställda	176
12.5 Nationell statistikföring och utveckling av denna	177
12.6 Forskning och utveckling	178
Källor	181
Bilagor	190
Bilaga 1 Expertgrupp	190
Bilaga 2 Lagstiftning om studerandehälsovård	192
Bilaga 3 Sekretess- och användarförbindelse	193
Bilaga 4 Uppgifter om hälsoundersökningar bland studerande	196
Bilaga 5 Exempel på studerandevårdsgruppers sammansättning	198
Bilaga 6 Dimensioneringskalkyl för en hälsovårdarens arbete	199

Bilaga 7	Formulär för övervakning av de sanitära förhållandena vid en läroanstalt	202
Bilaga 8	Välmåendeenkät	205
Bilaga 9	Arbetsklimatbarometer	208
Bilaga 10	Kort kartläggande frågeformulär vid hälsoundersökning	209
Bilaga 11	Hälsointervjumodeller	212
Bilaga 12	Vårdpraxis vid urinbesvär	219
Bilaga 13	Självskattning för sinnesstämning BDI-13	220
Bilaga 14	Screening för psykisk hälsa	223
Bilaga 15	SCOFF – screening för ätstörningar	224
Bilaga 16	Audit	225
Bilaga 17	Verktyg för bedömning av missbruk hos ungdomar (ADSUME)	227
Bilaga 18	Tio personliga frågor om socialt ansvar och alkohol	232
Bilaga 19	Programuppläggning för viktkontrollgrupp	235
Bilaga 20	Programuppläggning för kurs i att våga tala inför andra	237
Bilaga 21	Kehrä-projektet för de studerandes välfärd	238
Bilaga 22	Kvalitetskriterier för hälsorelaterade webbplatser	241
Bilaga 23	Webbplatser som stödjer utvecklingen av studerandehälsovården	243

Tabeller

Tabell 1.	Personer som deltar i utbildning inom olika utbildningssektorer efter kön och ålder (17–59 år) i slutet av 2003 (%)	33
Tabell 2.	Medelåldern (år, median) för nya studerande, samtliga studerande och personer som avlagt examen 2003, efter utbildningsnivå	34
Tabell 3.	Studerande på olika utbildningsnivåer efter kön 2006 (%)	34
Tabell 4.	Andelen (%) utländska studerande på olika utbildningsnivåer 2003	35
Tabell 5.	Frågor att ta upp vid bedömningen av hur trygg och hälsosam en läroanstalt är	50
Tabell 6.	Av läkare, tandläkare eller psykolog diagnostiserade sjukdomar hos universitetsstuderande (n=5 030) åren 2000 och 2004 (%)	67
Tabell 7.	De studerandes egen bedömning av sitt hälsotillstånd 2000 och 2004 (%)	68
Tabell 8.	Fysiska och psykiska besvär som förekommer minst en gång i veckan hos de studerande (%)	68
Tabell 9.	Användningen av läkemedel bland studerande på andra stadiet under månaden närmast före enkäten år 2000 (%)	71
Tabell 10.	Uppläggning av ett välfärdsprogram för en läroanstalt	96
Tabell 11.	Risker i de studerandes hälsobeteende (%)	112

Tabell 12. Andelen ickerökare bland studerande på olika utbildningsnivåer 2000 och 2004/2005 (%)	113
Tabell 13. De vanligaste specialdietera bland universitetsstuderande (%)	124
Tabell 14. Universitetsstuderandes viktindex (BMI) och den studerandes egen bedömning av om de är under-, normal- eller överviktiga (%)	127
Tabell 15. Studenternas hälsovårdsstiftelses tjänster	151
Tabell 16. Orsaker till frånvaro eller problem med studietakten	154
Figurer	
Figur 1. Studerandevård eller välfärdsarbete	23
Figur 2. Studerandehälsovårdens omvärld	24
Figur 3. Utbildningssystemet i Finland	30
Figur 4. Modell för studieförmågan	42
Figur 5. Hälsofrämjande arbete inom studerandehälsovården	89
Figur 6. Hälsoundersökningar av studerande inom den högre utbildningen	104
Figur 7. Universitetsstuderande som röker dagligen enligt undersökningar 1958–2004	114

Förord

Nu föreligger den första handboken för studerandehälsovården. Yrkespersonalen inom studerandehälsovården och utbildningsanordnarna inom området har länge efterlyst innehållsmässiga anvisningar för sitt arbete.

I handboken betonas främjande av hälsan under studietiden. I det här levnadsskedet formar individerna bestående levnadsvanor som de bär med sig hela livet. Hälsofrämjandet förutsätter ett brett anlagt perspektiv på de studerandes välfärd: Det behövs kompetens och samarbete mellan alla aktörer i skolgemenskapen för att stödja de studerandes välfärd. Studerandehälsovårdens uppgift är att ta initiativ och samordna verksamheten. Målen för den finländska hälsopolitiken är att öka en jämlik tillgång till hälsovårdstjänster oberoende av ort och att minska hälsoskillnaderna mellan befolkningsgrupperna.

Vi bekymrar oss särskilt för de ungas välfärd inom yrkesutbildningen på andra stadiet. Enligt vårt ministeriums utredning är studerandehälsovårdstjänsterna för dem mindre omfattande än tjänsterna för gymnasieelever i motsvarande ålder. Ändå är hälsoutmaningarna inom yrkesutbildningen större, t.ex. i fråga om alkoholkonsumtion och rökning. I handboken har detta beaktats vid dimensioneringen av resurserna. En annan principiell fråga gäller skillnaderna i hälsotjänsterna för högskolestuderande. För universitetsstuderande är hälsotjänsterna bättre både till innehållet och tillgängligheten än för yrkeshögskolestuderande.

Handboken är i första hand avsedd för yrkespersonerna inom studerandehälsovården och deras chefer, men den är till nytta för hela skolgemenskapen vid förankringen av ett kollektivt inriktat arbetssätt. Även studerande och lärare inom området har nytta av handboken.

Social- och hälsovårdsministeriet tackar alla sakkunniga som har medverkat vid utarbetandet av handboken och den arbetsgrupp som diskuterat studerandehälsovården. Vi vill uttrycka vårt särskilda tack till författarna. PM Tommi Laukka skrev utkastet till handboken under arbetsgruppens mandattid. Överläkare Kristina Kunttu ställde sin breda sakkunskap om studerandehälsovård till vårt förfogande vid slutförandet av handboken.

Social- och hälsovårdsministeriet anser det nödvändigt att handboken även presenteras för kommunala beslutsfattare, för att de och de tjäns-

teinnehavare som ansvarar för studerandehälsovården skall kunna dra nytta av handbokens riktlinjer vid ett metodiskt och långsiktigt arbete för de studerandes välfärd. Social- och hälsovårdsministeriet kommer regelbundet att följa med hur studerandehälsovården förverkligas och hur handboken omsätts i praktiken. Folkhälsolagen förnyades 2005 och betonar nu främjande av hälsa och följande av kommuninvånarnas hälsotillstånd enligt befolkningsgrupp. På social- och hälsovårdsministeriet planerar man även preciseringar i folkhälsolagen vad gäller studerandehälsovården.

Helsingfors, juni 2006

Liisa Hyssälä
Omsorgsminister

1 *Inledning*

Detta är den första nationella handboken för studerandehälsovården. Tidigare har praxis inom studerandehälsovården styrts av Medicinalstyrelsens brev till hälsovårdscentralerna (509/02/1986), som innehöll anvisningar om ordnande av tjänster, arbetstagare, arbetsfördelning, samarbete, mål och innehållsmässigt förverkligande av studerandehälsovården (Medicinalstyrelsen 1986). Medicinalstyrelsens brev upphävdes på 1990-talet och studerandehälsovårdens omvärld har även i övrigt förändrats. Under 1990-talet skapades bland annat det nuvarande yrkeshögskolesystemet och kommunernas statsandels- och statsstyrningssystem förnyades. Det är dags att uppdatera anvisningarna.

För att få information om konsekvenserna av förändringarna i omvärlden och om studerandehälsovårdstjänsterna gjorde social- och hälsovårdsministeriet 2002 en utredning av det rådande läget inom studerandehälsovården (Social- och hälsovårdsministeriet 2002a). Resultaten visade stora skillnader mellan olika orter i fråga om ordnandet av studerandehälsovården och tjänsternas tillgänglighet. Studerandehälsovården varierar både till innehållet och förverkligandet. Kommunerna verkar inte ha någon gemensam syn på vad studerandehälsovården borde innefatta.

En del hälsovårdscentraler har förbättrat studerandehälsovårdens kvalitet och kan erbjuda goda eller relativt skäliga studerandehälsovårdstjänster till de studerande vid alla läroanstalter. Det är emellertid inte alls ovanligt att man har nödgats förverkliga tjänsterna bristfälligt och med små resurser. Det allmänna intrycket är att studerandehälsovården är något som kommunerna inte har satsat särskilt mycket på att utveckla. Tjänster har flyttats från läroanstalterna till hälsovårdscentralerna eller centraliserats på annat sätt. Särskilt läkartjänster tillhandahålls allt oftare på hälsovårdscentralerna i samband med den övriga mottagningsverksamheten, vilket lett till att studerandehälsovårdens särdrag har gått förlorade och att hälsovårdarna blivit kvar ensamma med ansvaret för den egentliga studerandehälsovården utan att ha ett professionellt arbetspar. För läkarnas del förklaras utvecklingen åtminstone delvis av övergången till befolkningsansvar och ett lönesystem som inte gynnar studerandehälsovård på 1990-talet, samt av läkarbristen och systemet med inhyrda läkare på 2000-talet.

Utredningen visar att studerandehälsovården för studerande vid yrkesläroanstalter är betydligt sämre ordnad än skolhälsovården för gymnasieelever i samma ålder. Skillnaderna i tjänsternas tillgänglighet är särskilt oroväckande därför att vi är medvetna om de socioekonomiska skillnaderna mellan finländarna i fråga om sjukfrekvens och dödlighet. Den förväntade livslängden har ökat klart snabbare hos personer med utbildning på högre nivå och högre tjänstemän än hos personer med grundutbildning och personer i arbetaryrken. I Finland är målet för hälso-politiken en optimal hälsa för hela befolkningen och så små hälsoskillnader som möjligt mellan olika befolkningsgrupper. Den skillnad i tjänsterna som konstaterats vid utredningen strider mot målen för vår social- och hälsopolitik, eftersom vi vet att riskbeteende – till exempel i fråga om alkoholkonsumtion och rökning – är vanligare hos unga som genomgår grundläggande yrkesutbildning än hos gymnasieelever. Det är sannolikt att fler ungdomar hotas av utslagning i yrkesläroanstalterna än i gymnasierna. En annan viktig iakttagelse var att hälsovårdstjänsterna för studerande på högre nivå är bättre för universitetsstuderande än för yrkeshögskolestuderande. Studerandehälsovården vid yrkeshögskolorna har i delar av landet tilldelats knappa resurser och är i behov av utveckling.

År 2002 fick man vid behov tid till hälsovårdarens mottagning samma dag på två tredjedelar av hälsovårdscentralerna. I yrkeshögskolorna fick man som längst köa till mottagningen en månad och inom de övriga utbildningsformerna två veckor. Till läkarens mottagning fick man vanligen tid inom två dagar, men för gymnasieelever kunde väntetiden vara en månad, för studerande i yrkeshögskolor två och en halv månad och för studerande vid yrkesläroanstalter till och med längre än 3 månader.

Praxis varierar i fråga om hälsoundersökningar. I yrkeshögskolorna går hälsovårdarens arbete huvudsakligen ut på individuell hälsorådgivning och sjukmottagning, till skillnad från yrkesläroanstalterna och gymnasierna, där hälsoundersökningarna upptar omkring halva arbetstiden. Det verkar som om övervakningen av de sanitära förhållandena i läroanstalterna med därtill hörande granskningsberättelser bara delvis förverkligas. Dessutom tycks det råda oklarhet om vem som ansvarar för att rätta till missförhållanden. I yrkesläroanstalterna och gymnasierna är studerandevårdsarbete allmänt förekommande.

Det är uppenbart att de som utför det praktiska arbetet behöver stöd och enhetliga nationella handlingsmodeller för att utveckla sin verksamhet. Även de studerande och studerandeorganisationerna har varit oroliga för de knappt tilltagna och delvis rentav bristfälliga tjänsterna och har gjort utredningar om tjänsternas tillgänglighet ur studerandeperspektiv. De studerande har uttryckt sin befogade oro och väntar sig ett jämnt bemötande i hela landet.

Bestämmelserna om tillgång till vård gäller sjukvård för studerande, men syftet med reformen var inte att minska resurserna för förebyggande hälsovård och säkra en sund och trygg inlärningsmiljö för studerande,

tvärtom. Stärkandet av det hälsofrämjande arbetet kommer till synes i grundlagsreformen (731/1999) och riksdagens uttalande (RSv 94/2004) i samband med godkännandet av lagändringarna om trygghet av tillgången till vård. Folkhälsolagen (66/1972) reviderades 2005 med betoning på främjande av hälsa och följande av kommuninvånarnas hälsotillstånd enligt befolkningsgrupp. Den nya situationen gör att studerandehälsovårdens invanda rutiner måste omprövas och nya modeller skapas.

Förändringarna i omvärlden och handlingssätten har även lett till förnyad terminologi. Den sakkunnigarbetsgrupp som dryftat studerandehälsovården (Social- och hälsovårdsministeriet 2005) valde att byta ut det finska ordet "opiskelijaterveydenhuolto" mot "opiskeluterveydenhuolto". Begreppet lämpar sig väl för användning parallellt med skolhälsovård och företagshälsovård. "Opiskeluterveydenhuolto" beskriver bättre än den tidigare termen att verksamheten är både kollektivt och individuellt inriktad. I handboken definieras även termerna studieförmåga och studerandevård.

Handboken är i första hand avsedd för yrkespersonalen inom studerandehälsovården och studerandehälsovårdens ansvarspersoner. Den kan även användas vid utbildningen av yrkespersonal inom området. Den är till hjälp vid planeringen på kommunnivå, eftersom den ger de ledande myndigheterna och de förtroendevalda en överblick av studerandehälsovården som helhet. Kommunala beslutsfattare och tjänsteinnehavare som ansvarar för studerandehälsovården kan utnyttja riktlinjerna i handboken för metodiskt och långsiktigt arbete för de studerandes och de unga vuxnas välfärd. Enligt folkhälsolagsreformen skall kommunerna sörja för att hälsoaspekter beaktas i alla kommunala verksamheter samt för främjande av hälsan samarbeta med andra offentliga och privata instanser som är verksamma i kommunen.

Handboken kan tillämpas på all studerandehälsovård oberoende av studienivån och organiserandet av tjänsterna, eftersom de centrala målen, uppgifterna och begreppen är gemensamma inom all den studerandehälsovård som avses i folkhälsolagen. Den enda begränsningen är att anvisningarna huvudsakligen gäller unga och unga vuxna studerande. Medelålders studerande befinner sig i en så annorlunda livssituation jämfört med unga studerande att det inte var möjligt att ta med deras särskilda problem i den här handboken.

Handboken tar upp nya handlingsmodeller för förnyande av studerandehälsovården. Främjande av de studerandes hälsa och studieförmåga är ett centralt område i handboken. Handboken betonar särskilt vikten av förebyggande tjänster inom studerandehälsovården och tillgången till dem samt samarbete mellan olika aktörer. Handboken tar upp målen och uppgifterna för studerandehälsovården och redogör för hälso- och sjukvårdstjänsterna. Handboken syftar till att förenhetliga praxis inom studerandehälsovården i olika delar av landet, detta för att de studerande skall behandlas jämlikt och få studerandehälsovårdstjänster av samma

standard oberoende av vid vilken läroanstalt eller på vilken ort de studerar. Till studerandehälsovården hör också att minska hälsoskillnaderna.

Handboken betonar att aktörerna inom studerandehälsovården och arbetet för de studerandes välfärd skall känna till de studerandes livssituation och dess särdrag på ett allmänt plan. Inom studerandehälsovården har man infört principen om tidigt ingripande, som är välkänd och allmänt tillämpad inom social- och hälsovården. Med principen avses generellt att man skall upptäcka problem och försöka finna lösningar på dem i ett så tidigt skede som möjligt. Tidigt ingripande kan tillämpas bl.a. i samband med sjukdomar, inlärningssvårigheter, missbruk och ungdomsbrottslighet, till och med sysselsättningspolitik. Förutom tidigt ingripande behövs det även arbete som främjar välfärden och förebygger problem.

Källförteckningen innehåller många bra litteraturtips. I slutet av varje kapitel finns även en lista över annan litteratur som tangerar ämnet.

2 *Begrepp, mål och uppgifter inom studerandehälsovården*

Studerandehälsovården omfattar studerande på andra stadiet och på högre nivå. Ett särdrag för målgruppen är att studierna samtidigt är ett jobb och en fas i livet. Studierna kräver både egna resurser hos individen och stöd från studiemiljön. Till individens resurser hör tillräcklig hälsa, begåvning, kunskaper och färdigheter samt motivation. Av studiemiljön krävs det bra undervisning, fysiskt trygga förhållanden och en kulturellt stödjande atmosfär. Det centrala inom studerandehälsovården är därmed dels att behandla sjukdomar, dels att främja studieförhållanden som stödjer den fysiska, psykiska och sociala hälsan samt rätta till faktorer som försämrar studieförmågan – vare sig det rör sig om inre problem hos individen eller egenskaper i systemen. De studerande och studiemiljöerna är komplexa även i fråga om kulturella och religiösa faktorer samt kön och sexuell inriktning. Studerandehälsovården är inte bara relaterad till de studerandes arbetsuppgift – att studera – utan också till studietiden. Därmed omfattar studerandehälsovården alla frågor som påverkar hälsan och är relaterade till de studerandes livsfas och studierna.

De studerande är inne i två viktiga förändringsfaser samtidigt. Unga och unga vuxna genomgår en process under vilken de blir vuxna och självständiga individer och avlägger samtidigt examensinriktade studier för att skaffa sig färdigheter för arbetslivet. Det krävs mycket resurser av en ung person för att framgångsrikt ta sig igenom de stora utvecklingspsykologiska förändringarna. Dessutom för studierna med sig många förändringar i den yttre livssituationen. Studierna kräver ett stort personligt ansvar för valen, studieplaneringen och tidsdisponeringen. Detta kräver goda kognitiva färdigheter, kreativt tänkande och informationshantering. Dessa är mycket känsliga för störningar till exempel på grund av sömnbrist, depression, dåliga studieförhållanden eller konflikter. Under studietiden leder insjuknande inte heller till sjukskrivning och tillåten vila, utan till att tentamina och arbeten släpar efter och måste tas om. Därmed ställer studierna som helhet studerandehälsovården inför särskilda utmaningar.

Inom studerandehälsovården är hälsovårdsaktörerna inte de enda som bär ansvar, utan verksamheten består av ett genuint samarbete mellan hälsovården, läroanstalterna och studerandeorganisationerna. Varje aktör bär ansvaret för sitt eget speciella kompetensområde och sin grundlägg-

gande uppgift och ställer dessutom sin sakkännedom till gemensamt förfogande. Det är framför allt hälsofrämjandet som är allas uppgift, även om man i olika organisationer har olika benämningar för dess innehåll: välfärdsarbete, främjande av studieförmågan, studerandevård. Studerandehälsovården är inte bara hälsovård för studerande utan övergripande verksamhet som stödjer de studerandes välfärd och de studerandes arbete, det vill säga studierna.

2.1 Begrepp inom studerandehälsovården

2.1.1 Studerandehälsovård

Arbetsgruppen vid social- och hälsovårdsministeriet som diskuterade studerandehälsovårdens mål och innehåll valde att gå in för termen *opiskeluterveydenhuolto* (*studerandehälsovård*). Den tidigare termen "opiskelijaterveydenhuolto" konstaterades vara för smal, eftersom den huvudsakligen syftar på individinriktad verksamhet medan hela den värld där studierna försiggår var en aspekt som lämnades utanför. Den nya termen beskriver verksamheten bättre på både skolgemenskaps- och individnivå och innefattar både behandling av sjukdom och främjande av hälsa. Termen visar också att det handlar om en helhet som byggs upp av flera aktörer.

2.1.2 Studieförmåga

Det finns ingen etablerad definition för *studieförmåga*. Analogt med definitionen av arbetsförmåga kan studieförmåga anses utgöra en helhet som uppstår genom växelverkan mellan den studerande och studierna. Studieförmågan är en helhet som består av den studerandes hälsa och resurser, studiefärdigheter, skolgemenskapen och studiemiljön, en helhet som även påverkas av undervisningen och inlärningsprocessen. I resurserna ingår bl.a. studiemotivation och -attityder, men även individens sociala kapital.

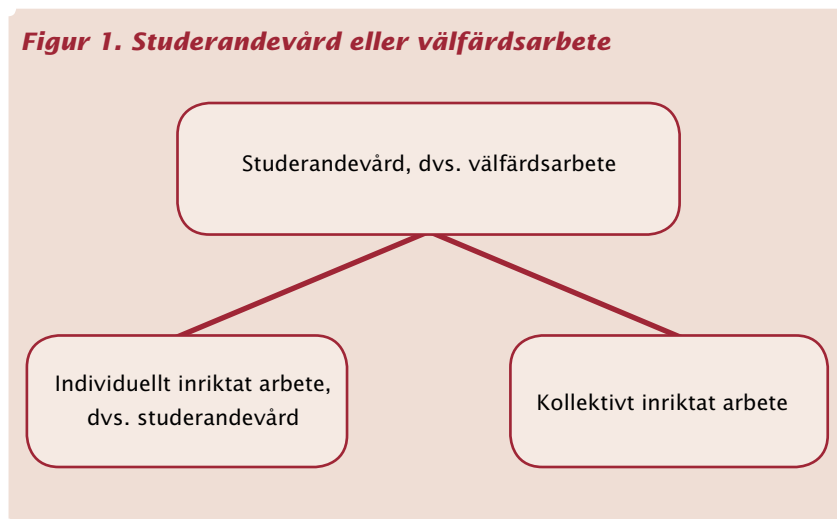
2.1.3 Studerandevård är välfärdsarbete

Studerandevård definieras på samma sätt i lagen om grundläggande utbildning, gymnasielagen och lagen om yrkesutbildning. Studerandevården avser att främja och upprätthålla de studerandes studieframgång, goda psykiska och fysiska hälsa och sociala välfärd och understödjande

verksamheter. I gymnasier och yrkesläroanstalterna ingår studerandevården i läroplanen. Målet för studerandevården är att med hjälp av stöd både till individen och till skolkollegerna skapa en trygg och sund studie- och arbetsmiljö och att värna om den mentala hälsan, förebygga utslagning och främja välbefinnandet i skolan. (Utbildningsstyrelsen 2003a och 2004a.)

Även om definitionen ovan även täcker kollektivt i vid bemärkelse, är termen studerandevård i hög grad kopplad till åtgärder som riktar sig till den enskilda individen. Å andra sidan saknar utbildningen på högre nivå helt en legislativ grund för studerandevården. Vid universiteten och yrkeshögskolorna talar man i stället om välfärdsarbete för främjande av hälsan och studieförmågan och skolkollegernas välfärd. På grund av dessa omständigheter föreslås det nya övergripande begreppet *studerandevård* och som synonym till den *välfärdsarbete*. Dessa begrepp skulle härnäst ha både individuellt och kollektivt inriktat arbete som underordnade begrepp (figur 1).

Figur 1. Studerandevård eller välfärdsarbete



2.1.4 Studiemiljö

Med *studiemiljö* avses den fysiska, psykiska och sociala omgivningen. Studiemiljön består av:

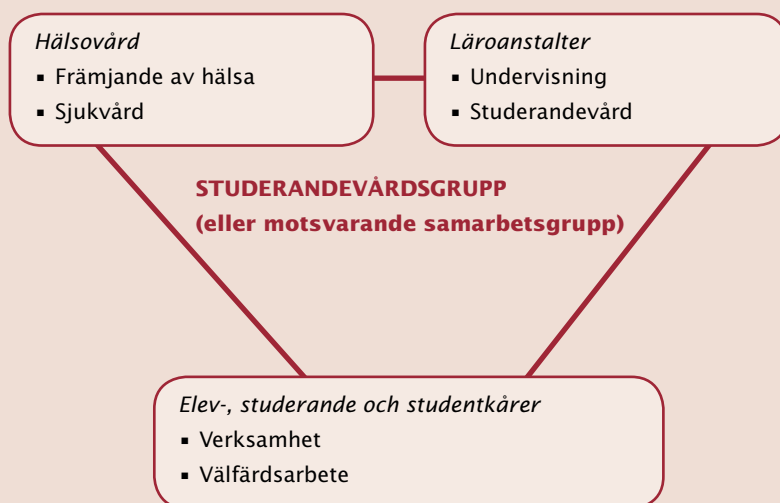
- fysiska studieförhållanden
- ordnandet av studierna och studiehandledning
- inlärningsmiljöer av olika slag
- läroanstaltens skolkollegier
- de studerandes egna gemenskaper

Skolkollegerna jämföras med en arbetsgemenskap. Dit hör förutom de studerande även läroanstaltens undervisnings- och övriga personal.

2.2 Studerandehälsovårdens omvärld

Studerandehälsovården står i ständig växelverkan med hälsovården, läroanstalternas och de studerandes egna organisationer (figur 2). Studerandehälsovården innefattar både individuellt och kollektivt inriktad verksamhet. Varje aktör bär givetvis ansvaret för sitt eget särskilda kompetensområde och sin egen grundläggande uppgift samt ställer sin sakkunskap till gemensamt förfogande.

Figur 2. Studerandehälsovårdens omvärld



Varje organisation fullgör sin egen uppgift och medverkar till förverkligandet av studerandehälsovården. Omvärlden omfattar både individuellt och kollektivt inriktat arbete.

Samarbetet mellan de olika aktörerna på lokalplanet samordnas av en *studerandevårdsgrupp*, som samtidigt kan ha andra benämningar, till exempel valfärdsarbetsgrupp. Gruppen består av dels företrädare för hälsovården, läroanstalterna och elev-, studerande- eller studentkårerna, dels eventuella experter från andra håll (Bilaga 5, Exempel på studerandevårdsgrupps sammansättning och samarbetsaktörer). Eftersom studerandevårdsgruppens verksamhet på andra stadiet är en del av den lagstadgade studerandevården, har utbildningsanordnaren ansvaret för att leda gruppen. För högskolorna har ledaransvaret inte definierats. Inom studerandevårdsgruppen kan det finnas en snävare studerandevårdsgrupp som koncentrerar sig på enskilda studerandes problem.

Studerandevården och studerandevården är verksamhet som läroanstalterna ansvarar för. Målen för verksamheten är desamma som för hälsofrämjandet inom hälsovården. Samma mål har även elev-, studerande- och studentkårernas välfärdsarbete, som är vittomfattande åtminstone inom utbildningen på högre nivå. Läroanstalternas studerandevård och de studerandes egna organisationers välfärdsarbete är hälsofrämjande arbete för upprätthållande och främjande av de studerandes studieförmåga. På motsvarande sätt används inom företagshälsovården benämningen hälsofrämjande på arbetsplatserna (workplace health promotion), ett begrepp som är etablerat i flera europeiska länder och som i sin vidaste bemärkelse omfattar frågor som motsvarar det finska begreppet "tyky-toiminta".

Studerandevårdsgruppens uppgift är att planera och aktivera samarbetet mellan olika aktörer. Det centrala är att utvärdera och utveckla studiemiljön och studieförmågan med avseende på hälsa, studieförmåga och välfärd i övrigt. Exempel på studerandevårdsgruppens verksamhetsområden är tutorverksamhet, studiehandledning, ergonomi, integrering av nya studerande i skolgemenskapen, krisplaner samt ingripande mot trakasserier och mobbning. Studerandevårdsgruppen kan också planera tillvägagångssätt för att rätta till missförhållanden som upprätthålls av skolkulturen. Exempel på sådana missförhållanden är ohälsosamma matvanor, rökning, riklig alkoholkonsumtion och otillräcklig motion.

2.3 Mål och uppgifter

Studerandehälsovårdens mål och uppgifter baserar sig på hälsopolitiska ställningstaganden, forskningsresultat, praktiska erfarenheter och rättvis- och jämlikhetsprinciper. Det rekommenderas att de aktörer som ordnar studerandehälsovård konkretiserar dessa i sina egna program och verksamhetsplaner.

Studerandehälsovårdens mål är att upprätthålla och förbättra de studerandes välfärd genom att:

- 1)** verka för en hälsosammare och tryggare studiemiljö
- 2)** verka för bättre hälsa och studieförmåga hos de studerande
- 3)** ordna hälso- och sjukvårdstjänster för de studerande

Vidare har studerandehälsovården som mål att för sin del säkra välfärden i hela skolgemenskapen.

Studerandehälsovårdens uppgifter är följande:

- 1) *Studerandehälsovården verkar för en hälsosammare och tryggare studiemiljö* genom verksamhet som inriktar sig på läroanstaltens fysiska, psykiska och sociala miljö.

Studerandehälsovården verkar för en hälsosammare studiemiljö genom att:

- förbättra de fysiska studieförhållandena och göra dem tryggare
- verka för uppkomsten av en stödjande och responsgivande inlärningsatmosfär
- stödja ordnandet av studierna med beaktande av välfärdsaspekter
- stödja skolgemenskapernas funktion genom att ställa sakkunnig hjälp till deras förfogande och verka i gott samarbete för att främja välfärden
- öka de studerandes egna organisationers medvetenhet om hur deras verksamhet påverkar medlemmarnas välfärd, hälsa och studieförmåga

- 2) *Studerandehälsovården verkar för bättre hälsa och studieförmåga hos de studerande* inom områdena fysisk, psykisk och social hälsa genom att öka de studerandes livshanteringsberedskap och -färdigheter.

Studerandehälsovården når målet genom arbete som inriktar sig på de studerande och går ut på att:

- öka de studerandes kunskaper och färdigheter i fråga om upprätthållande och främjande av hälsan och i fråga om egenvård
- stödja de studerande psykiskt och socialt i speciellsituationer under livsfasen
- stärka de studerandes studiefärdigheter
- betona vikten av att de studerande får tillräckligt med studiehandledning.

Studieförmågan främjas dels genom individinriktad verksamhet, dels genom verksamhet som inriktar sig på studiemiljön och som bl.a. påverkar de studerandes värderingar och attityder, studiemotivation och tillfredsställelse med studierna.

3) *Studerandehälsovården har till uppgift att ordna hälso- och sjukvårdstjänster för de studerande.*

Studerandehälsovårdstjänsterna innefattar hälso- och sjukvårdstjänster som ordnas för de studerande med stöd av folkhälsolagen inklusive munhälsovårdstjänster samt mentalvårdstjänster som genomförs som en del av primärvården. Tidigt ingripande i problem och hänvisning till ändamålsenliga stöd- eller vårdtjänster är viktigt och ankommer på alla parter inom studerandehälsovården. I ordnandet av sjukvårdstjänster ingår ett bra samarbete med aktörerna inom specialistvården och andra av behovet påkallade specialtjänster. Därutöver kan specialistvårdstjänster innefattas i studerandehälsovården, om det anses ändamålsenligt.

Studerandehälsovårdens innehåll och verksamhetssätt skiljer sig på följande sätt från hälsovårdscentralernas övriga folkhälsoarbete:

- Personalen inom studerandehälsovården har särskilt fördjupat sig i studerande ungdomars och unga vuxnas utvecklingsfas, hälsoproblem och faktorer som påverkar studieförmågan,
- Inom studerandehälsovården ägnas särskild uppmärksamhet åt faktorer som påverkar studieförmågan, bland annat den studerandes egna resurser, hälsa, studiefärdigheter samt studiemiljön och skolgemenskapen,
- Till skillnad från skolhälsovården har studerandehälsovården huvudsakligen att göra med de studerande själva när personerna är myndiga, och vårdnadshavarna har en underordnad roll.

2.4 *Mål som gäller ungdomar och unga vuxna i de nationella programmen*

Statsrådets principbeslut om folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 drar upp riktlinjerna för Finlands hälsopolitik på lång sikt, och därför har målen satts upp fram till 2015. Programmet innehåller åtta mål, varav fem gäller särskilda åldersgrupper och tre samtliga åldersgrupper. Flera av målen i programmet gäller ungdomar. Ett av de nationella målen fram till 2015 är att rökningen bland ungdomar minskar, de alkohol- och narkotikarelaterade hälsoproblemen bland ungdomar minskar, dödsfallen till följd av olycksfall och våld bland unga vuxna män minskar, ojämlikheten mellan befolkningsgrupperna minskar och välfärden förbättras för de minst gynnade befolkningsgrupperna. (Social- och hälsovårdsministeriet 2001b och 2003d.)

I social- och hälsovårdsministeriets strategiska riktlinjer (Social- och hälsovårdsministeriet 2001a) främjas befolkningens hälsa och funktions-

förmåga genom att redan under barn- och ungdomsåren skapa grunden för livslång hälsa och funktionsförmåga. I fråga om folkhälsan är målet att minska bruket av tobak och alkohol bland ungdomen, att bruket av dessa medel inleds senare än i dag samt att minska experimentellt bruk av narkotika. Skolorna, social- och hälsovården, kommunernas idrotts- och ungdomsväsende, organisationerna och medierna bör samverka för att förhindra utslagning, öka individens kontroll över sitt eget liv och främja kunskaperna i hälsofrågor. Vidare bör man försäkra sig om att sociala och hälsobetingade problem i samband med missbruk handhas på ett sakkunnigt sätt.

I social- och hälsovårdsministeriets strategi framhålls vidare att det är möjligt att förhindra utslagning bland ungdomar genom att förändra tänkesättet i samhället så att det upplevs som kulturellt och etiskt nödvändigt att hjälpa och ingripa i problem omedelbart. Alla måste anamma ett handlingssätt som understryker samhörighet och gemensamt ansvar för ungdomarna. Avsikten är också att utveckla verktyg för tidigt ingripande för yrkespersonalen som jobbar med ungdomar.

När det gäller befolkningen i arbetsför ålder, till vilken de flesta högskolestuderande hör, är det viktigaste hälsopolitiska målet att främja individernas arbets- och funktionsförmåga så att de kan vara kvar i arbetslivet 2–3 år längre än i dag. Inom företagshälsovården och arbetarskyddet inriktar man sig främst på att förhindra psykiska problem i arbetslivet genom att, vad gäller svårighetsgrad, jämställa dem med arbetsolyckor. Individens eget ansvar för att upprätthålla och förbättra sin arbetsförmåga betonas. Redan under studierna och under den arbetspraktik eller period av inläring i arbetet som ingår i studierna kan man lägga grunden till livshantering och till en livslång inläring av nya saker, som gör det lättare att upprätthålla arbets- och funktionsförmågan genom hela arbetslivet.

Mål- och verksamhetsprogrammet för social- och hälsovården (TATO) 2004–2007 fäster uppmärksamhet vid de stora skillnaderna mellan kommunerna i tillgången på hälsovårdstjänster för studerande. I dokumentet fästs också uppmärksamhet vid att hälsovårdstjänsterna för studerande på olika utbildningsnivåer är otillräckliga och i behov av förbättring. (Social- och hälsovårdsministeriet 2003a.)

Målet för det nationella alkoholprogrammet (2004–2007) är att förebygga och minska alkoholskador. Eftersom alkoholkonsumtionen ökar i Finland, är det under de närmaste åren av största vikt att minska alkoholens skadliga inverkan på barnens och familjernas välbefinnande, minska riskbruk av alkohol och dess skadeverkningar samt vända trenden i totalkonsumtionen av alkoholdrycker nedåt. Det finns många verksamhetslinjer för att minska alkoholskadorna. Skadeverkningarna av ungdomarnas alkoholbruk förebyggs genom samarbete mellan föräldrar, skola och flera andra aktörer, begränsning av tillgången till alkoholdrycker och alkoholreklam samt genom rusmedelsfostran. (Social- och hälsovårdsministeriet 2004a.)

Det nationella mål- och handlingsprogrammet för vårdarbetet (2004–2007), Hälsa och välbefinnande genom kunskapsbaserat vårdarbete, baserar sig på internationella och nationella hälsopolitiska riktlinjer. Programmet stödjer engagemang i verkställandet av de hälsopolitiska målen, samordning av utvecklingen av vårdarbetet med utvecklingen av hälsovården i övrigt samt beaktande av hälsoaspekten vid kommunernas beslutsfattande. Programmet har som mål att stödja vårdpersonalen i främjandet av individernas, familjernas, gemenskapernas och befolkningens hälsa samt i den övriga hälso- och sjukvården. I programmet ingår upprätthållande och främjande av hälsa och välbefinnande även bland skolelever och unga. (Social- och hälsovårdsministeriet 2003b.)

Handlingsprogrammet för förhindrande av våld mot närstående och familjevåld strävar genom socialpolitiska metoder mot det mål som satts upp för regeringsperioden 2003–2007 att effektivisera ingripandet mot familjevåld (Justitieministeriet 2005). Programmet utgör en fortsättning på social- och hälsovårdsministeriets och Stakes tidigare projekt för förhindrande av våld mot kvinnor och prostitution. De konkreta målen är att 1) förhindra våld mot närstående och familjemedlemmar och förbättra social- och hälsovårdens riksomfattande nät av bas- och specialtjänster för våldsoffer och förövare, 2) effektivisera ett tidigt ingripande mot våld, särskilt för att hjälpa barn och unga som blir vittne till och upplever våld och 3) förbättra social- och hälsovårdspersonalens yrkeskompetens så att de kan identifiera våldssituationer och hjälpa offren och förövarna.

Bakom utvecklandet av hälsofrämjande motion, så kallad hälsomotion, ligger oron för finländarnas åldrande och den kraftiga ökningen av många folksjukdomar. De gynnsamma hälsoeffekterna av motion är uppenbara, men ändå är det bara mindre än hälften av den vuxna befolkningen som rör på sig tillräckligt. Bland barnen och ungdomarna råder en kraftig uppdelning vad gäller aktiv motion. Bara en tredjedel av barnen rör på sig tillräckligt med tanke på en sund uppväxt. Hela en femtedel av ungdomarna rör inte på sig alls. År 2002 fattade statsrådet ett principbeslut om utvecklingslinjerna för hälsomotionen (Social- och hälsovårdsministeriet 2002b). Målet är att aktivera personer i alla åldrar som inte rör på sig tillräckligt mycket och att utveckla motionsmiljön. I alla åldersgrupper framhålls betydelsen av vardagsmotion och skapandet av förhållanden som lockar till motion. Inom utvecklandet av hälsomotionen har man ägnat särskild uppmärksamhet åt motion för barn och ungdomar.

Vid Folkhälsoinstitutet pågår handlingsprogrammet Unga och arbete 2002–2007, som riktar sig till 15–20-åriga unga och unga vuxna. Målet är att främja ungdomars hälsa och arbets- och funktionsförmåga, stödja deras beredskap och möjligheter att delta i arbetslivet, skapa en sund och säker arbetsmiljö och arbetsplats i samarbete med myndigheter, läroinrättningar, forskningsinstitut och organisationer. (www.ttl.fi/Internet/Svenska/Organisation/Handlingsprogram/Unga+och+arbete) (Folkhälsoinstitutet 2003a).

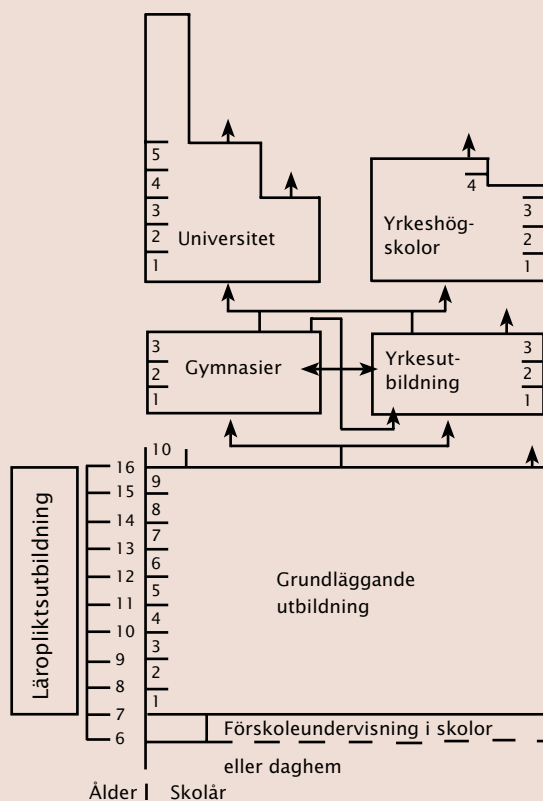
3 Utbildningssystemet efter grundskolan och de studerande

3.1 Beskrivning av utbildningssystemet

Det finländska utbildningssystemet består av grundläggande utbildning, utbildning på andra stadiet dit gymnasieutbildning och yrkesutbildning hör, samt högskoleutbildning vid yrkeshögskolor och vid universitet. Vuxenutbildning tillhandahålls på alla utbildningsnivåer.

Omkring 94 % procent av åldersklassen inleder gymnasie- eller yrkesutbildning och omkring 82 % av åldersklassen tar examen (Statistikcentralen 2004).

Figur 3. Utbildningssystemet i Finland



Källa: Utbildningsstyrelsen 2004b

Riksdagen beslutar om lagstiftningen för utbildningsväsendet och de allmänna principerna för utbildningspolitiken. Statsrådet, undervisningsministeriet och utbildningsstyrelsen ansvarar för genomförandet av den här politiken på centralförvaltningsnivå. Alla utbildningsnivåer har sin egen lagstiftning.

Utbildningen kan anordnas av en kommun, en samkommun, staten eller en privat aktör, till exempel en registrerad sammanslutning eller stiftelse. Varje kommun är skyldig att anordna förskoleundervisning och grundläggande utbildning för alla barn som bor i kommunen eller på annat sätt se till att barn i skolåldern får motsvarande undervisning. Alla universitet är statliga.

Ansvar för finansieringen av utbildningsväsendet och byggandet av skolor är fördelat mellan staten och lokala myndigheter eller andra utbildningsanordnare. Utöver sin egen finansiering har lokala utbildningsanordnare rätt till statsandel för kostnaderna för inrättande och drivande av läroanstalter. Finansieringsgrunden är densamma oberoende av ägarform. Undervisningen är gratis på alla utbildningsnivåer. Universiteten får sin grundfinansiering från staten.

3.2 Gymnasieutbildning och grundläggande yrkesutbildning

Gymnasierna ger allmänbildande utbildning till personer som gått ut grundskolan, i allmänhet till ungdomar i åldern 16–19 år. Höstterminen 2003 meddelades gymnasieutbildning vid sammanlagt 487 läroanstalter, som nästan alla hade en kommun som huvudman (Statistikcentralen 2005). Gymnasieutbildningen är i kursform. Lärokursen är planerad för tre år, men kan fullgöras på två år och måste fullgöras inom fyra år. Som avslutning på gymnasiet avlägger de studerande nationell studentexamen.

Grundläggande yrkesutbildning anordnas vid yrkesläroanstalter och som läroavtalsutbildning. Hösten 2003 meddelades yrkesutbildning vid sammanlagt 353 läroanstalter (Statistikcentralen 2005). Läroavtalsutbildningen baserar sig på ett arbetsavtal (läroavtal) mellan den studerande och arbetsgivaren. Läroavtalet godkänns av utbildningsanordnaren. Yrkesinriktad grundexamen kan även avläggas som fristående examen, som tas emot av en examenskommission. Cirka 45 procent av åldersklassen söker sig till grundläggande yrkesutbildning antingen efter grundskolan eller efter studentexamen. De yrkesinriktade grundexamina är treåriga. I examen ingår minst 30 studiepoäng inläring i arbetet på en arbetsplats.

3.3 Yrkeshögskolor och universitet

Det finns 31 yrkeshögskolor i Finland, bland dem Högskolan på Åland samt Polisyrkeshögskolan, som är underställd inrikesministeriet. Yrkes-

högskolorna som är underställda undervisningsministeriet är kommunala eller privata. Polisyrkeshögskolan är en statlig läroanstalt. Det finns 31 yrkeshögskolor i Finland, bland dem Högskolan på Åland samt Polisyrkeshögskolan, som är underställd inrikesministeriet. Yrkeshögskolorna som är underställda undervisningsministeriet är kommunala eller privata. Polisyrkeshögskolan är en statlig läroanstalt.

Yrkeshögskolorna omfattar oftast flera utbildningsområden och har verksamhet på flera platser. Hösten 2003 fanns det yrkeshögskolestuderande inom sammanlagt 88 kommuners område (Undervisningsministeriet 2004b). Läroanstalternas storlek varierar mellan cirka 9 000 (Åbo yrkeshögskola) och 100 (Polisyrkeshögskolan) studerande (Statistikcentralen 2005).

I yrkeshögskolorna kan man avlägga yrkeshögskoleexamen och högre yrkeshögskoleexamen. Studierna för yrkeshögskoleexamen räcker 3,5–4,5 år. I studierna ingår minst 30 studiepoäng praktik. Studierna för högre yrkeshögskoleexamen omfattar 1–1,5 år.

Yrkeshögskolornas verksamhet regleras i yrkeshögskolelagen (351/2003). Yrkeshögskolorna beslutar själva om grunderna för elevantagningen och om läroplanerna för sina utbildningsprogram och om hur utbildningen anordnas. I fråga om sina inre angelägenheter har yrkeshögskolorna självstyrelse, för vilken styrelsen och rektor svarar. Dessutom är yrkeshögskolans övriga ledning, lärare i huvudsyssla, övriga personal i huvudsyssla och heltidsstuderande samt näringslivet och det övriga arbetslivet företrädna i styrelsen. Yrkeshögskolans huvudman beslutar om den strategiska utvecklingen av yrkeshögskolan och om verksamhets- och ekonomiplanen samt budgeten.

Finland har 20 universitet. Universitetsutbildning meddelas dock på flera orter än så. Under försvarsministeriet finns dessutom Försvarshögskolan, där man kan avlägga militära högskoleexamina. Vid universiteten kan man avlägga lägre (kandidat) och högre (magister) högskoleexamen samt vetenskaplig påbyggnadsexamen, dvs. licentiat- och doktorsexamen. År 2003 var den genomsnittliga tiden (medianen) för avläggande av magistersexamen 6 år.

Universitetens verksamhet regleras i universitetslagen (645/1997). Universiteten väljer själva sina studerande. Universiteten och deras fakulteter beslutar om examensbestämmelserna och läroplanerna. Universitetets högsta beslutande förvaltningsorgan är styrelsen, där professorerna, övriga lärare och forskare, övrig personal samt de studerande är företrädna.

3.4 De studerande är en blandad grupp

År 2003 studerade sammanlagt inemot 581 000 studerande inom examen-sinriktad utbildning efter den grundläggande utbildningen, då studerande

Tabell 1. Personer som deltar i utbildning inom olika utbildningssektorer efter kön och ålder (17–59 år) i slutet av 2003 (%)

Kön	Ålders- gruppens storlek 31.12.03	Studerar	Gymnasie- utbildning	Yrkesut- bildning	Yrkeshög- skoleut- bildning	Univer- sitet, grundut- bildning	Universitet, påbyggnads- utbildning ¹⁾	Studerar inte
Ålder (år)		%	%	%	%	%	%	%
<i>Kvinnor</i>								
17	30 413	93,7	62,9	30,8	0,0	0,0	-	6,3
18	31 565	93,2	62,1	30,8	0,2	0,2	-	6,8
19	32 683	52,5	14,9	19,4	9,4	8,8	-	47,5
20-24	161 772	58,1	1,8	12,2	23,5	20,6	0,1	41,9
25-29	160 146	28,3	0,5	4,7	8,0	13,4	1,6	71,7
30-39	331 211	11,9	0,3	3,7	2,8	3,6	1,6	88,1
40-49	379 001	7,0	0,3	3,0	1,4	1,6	0,8	93,0
50-59	396 594	2,2	0,2	0,9	0,2	0,6	0,4	97,8
<i>Män</i>								
17	31 941	93,9	45,7	48,2	0,0	0,0	-	6,1
18	32 855	92,2	44,0	47,8	0,1	0,2	0,0	7,8
19	34 036	50,0	13,2	18,8	8,7	9,3	-	50,0
20-24	169 099	46,8	1,5	8,7	20,1	16,4	0,1	53,2
25-29	167 827	26,4	0,3	4,1	8,3	12,1	1,5	73,6
30-39	344 819	8,9	0,1	2,4	1,9	3,2	1,4	91,1
40-49	387 763	3,8	0,1	1,4	0,7	1,0	0,7	96,2
50-59	398 561	1,3	0,0	0,5	0,1	0,3	0,3	98,7

¹⁾ Licentiatutbildning, doktorsutbildning och läkarfortbildning

Källa: Statistikcentralen 2005

som deltar i fler än en utbildning inte medräknas. Antalet universitetsstuderande var 169 800, varav en femtedel avlade påbyggnadsexamen. Antalet yrkeshögskolestuderande var 129 900. Av dem deltog en femtedel i vuxenutbildning. Inom den grundläggande yrkesutbildningen studerade 174 800 personer och i gymnasierna 121 800 personer. (Statistikcentralen 2005.)

Studerandehälsovården berör nästan alla ungdomar och en betydande del av de unga vuxna. År 2003 studerade över 90 % av 16–19-åringarna antingen i gymnasiet eller inom yrkesutbildning. Av befolkningen i åldern 19–24 år var drygt hälften studerande och av 25–29-åringarna en dryg fjärdedel. (Tabell 1)

Gymnasieeleverna är yngre än de som studerar vid yrkesläroanstalter. Medelåldern för nya gymnasieelever är 16 år och för personer inom den grundläggande yrkesutbildningen 18 år. År 2003 var medelåldern för nya studerande inom yrkeshögskolornas grundutbildning i medeltal 22 år, inom utbildningen för unga 21 år och inom vuxenutbildningen 35 år. Medelåldern för nya universitetsstuderande var 21 år. (Tabell 2)

I yrkeshögskolorna avlades examen vid i medeltal 26 års ålder; medelåldern vid examen varierade ganska litet mellan olika utbildningsområden. Vid universiteten var medelåldern vid examen 27 år. (Tabell 2) Medelåldern vid examen var högst inom kultursektorn och lägst inom teknik och trafik. De som avlade licentiatexamen var i medeltal 35 år och de som slutförde sin doktorsutbildning 36 år. (Statistikcentralen 2005.)

Tabell 2. Medelåldern (år, median) för nya studerande, samtliga studerande och personer som avlagt examen 2003, efter utbildningsnivå.

Utbildningsnivå	Nya studerande	Studerande	Avlagt examen
<i>Gymnasieutbildning</i>	16	17	19
<i>Yrkesutbildning</i>	21	20	24
- grundutbildning	18	19	21
- tillägsutbildning	36	36	37
<i>Yrkeshögskoleutbildning</i>	22	23	26
- grundutbildning	22	23	26
- påbyggnadsutbildning	37	37	-
<i>Universitetsutbildning</i>	21	26	28
- grundutbildning	21	25	27
- påbyggnadsutbildning	-	35	37

Källa: Statistikcentralen 2005

År 2003 fanns det lika många kvinnor som män inom yrkesutbildningen. På de övriga utbildningsnivåerna var kvinnorna fler än männen. Kvinnornas andel av de studerande var högst inom gymnasieutbildningen. (Tabell 3). Vid yrkeshögskolorna och universiteten var variationerna i könsfördelning stora inom olika utbildningsområden. (Statistikcentralen 2005.)

Tabell 3. Studerande på olika utbildningsnivåer efter kön 2006 (%)

Utbildningsnivå	Kvinnor (%)	Män (%)	Sammanlagt (N)
Gymnasieutbildning	57,3	42,7	121 816
Yrkesutbildning	50,0	50,0	174 813
Yrkeshögskoleutbildning	53,3	46,7	129 875
Universitetsutbildning	53,5	46,5	169 846

Källa: Statistikcentralen 2005

Utländska studerande i Finland kan indelas i studerande för examen, utbytesstuderande och studerande som avlägger praktik. År 2003 studerade sammanlagt 14 700 utlänningar för examen inom den examensinriktade

utbildningen efter den grundläggande utbildningen, vilket är cirka 2,5 % av alla studerande. Antalet utländska studerande var relativt sett störst inom universitetens påbyggnadsutbildning (Tabell 4). De största utländska studerandegrupperna kom från Ryssland, Estland och Kina. Nästan var fjärde utländsk studerande kom från Ryssland, medan esternas andel var 11 % och kinesernas 9 %. Av de utländska studerande kom 15 % från EU-länder (inte Estland). (Statistikcentralen 2005.)

Tabell 4. Andelen (%) utländska studerande på olika utbildningsnivåer 2003

Utbildningsnivå	% av de studerande
Gymnasieutbildning	1,6
Yrkesutbildning	2,8
Yrkehögskola	2,7
Universitet (grund- och påbyggnadsutbildning)	2,6
Universitetets påbyggnadsutbildning	6,3

Källa: Statistikcentralen 2005

Antalet utbytesstuderande som kommer till Finland har ökat stadigt redan i flera års tid. År 2003 kom sammanlagt cirka 6 600 utländska studerande och praktikanter till de finländska yrkehögskolorna och universiteten. Ökningen från 2002 var 10 procent. Av rörligheten till Finland kom 89 procent från europeiska länder. De vanligaste härkomstländerna var Tyskland, Frankrike, Spanien, Italien, Polen och Nederländerna. (Aalto ja Garam 2004.) (Internationaliseringen behandlas även i kapitel 10.1)

3.5 Studerandeorganisationerna och deras roll

De finländska studerandeorganisationerna förvaltas av de studerande själva, är självständiga och partipolitiskt obundna. Exempel på riksomfattande studerandeförbund är Finlands Studentkårers Förbund (FSF), Förbundet för Studentföreningar vid Yrkehögskolorna i Finland (SAMOK), Finlands Yrkesstuderandes Centralförbund (SAKKI), Finlands Gymnasistförbund (SLL) och Suomen Opiskelija-Allianssi (Osku). Den sistnämnda samlar yrkesstuderande på andra stadiet och tillvaratar deras intressen.

Alla universitetsstuderande hör automatiskt till studentkårer, vars verksamhet regleras av studentkårsförordningen. Universitetens studentkårer är synnerligen välorganiserade. I deras styrelser finns namngivna ansvarsområden för utbildningspolitiska, socialpolitiska och internationella frågor samt motionsfrågor. Många studentkårer har också avlönad personal för dessa uppgifter.

Ändringen av yrkeshögskolelagen som godkändes av riksdagen 2005 har gett yrkeshögskolorna lagstadgade offentligrättsliga studerandekårer från och med augusti 2005. Efter lagreformen är studentkårerna en del av yrkeshögskolan, men medlemskapet i studerandekårerna är frivilligt. De tidigare studerandeföreningarna har lagt en god grund för verksamheten.

Yrkesläroanstalternas och gymnasiernas elevkårer är lagstadgade (lagen om yrkesutbildning och gymnasielagen). Deras verksamhet är dock mycket varierande och det finns läroanstalter där elevkårerna inte alls har konstituerat sig.

Den studerandes välfärd består av en tillräcklig utkomst, boende, fysisk och psykisk hälsa, sociala och studierelaterade stödnätverk och jämlikt bemötande. Studerandeorganisationerna arbetar inom de här sektorerna för att förbättra de studerandes välfärd. Studerandeorganisationerna har flera samhälleliga intressebevaknings- och serviceuppgifter, utför undersökningar och utredningar samt ordnar seminarier och utbildning om välfärdsteman. Därutöver ordnar de lokala studentkårerna, studerandekårerna och elevkårerna egen välfärdsverksamhet, bland annat måbradagar och jippon, och vissa studentkårer har till exempel gjort upp kris- eller missbruksplaner. Studerandeorganisationerna har en viktig roll vid trygghandlet av de studerandes välfärd. Man kan med fog säga att nästan all verksamhet som studerandeorganisationerna ordnar har till syfte att förbättra de studerandes välfärd.

4

Studier som arbete

Utbildningens uppgift är att ge de studerande inte bara den specialkompetens som är beroende av utbildningsområdet utan även förmåga till självutveckling, livslångt lärande och självständigt arbete. Studierna är ett mellanskede mellan grundskolan och arbetslivet. Det är också ett viktigt utvecklingsskede med tanke på uppbyggnaden av individens framtida arbetsförmåga, eftersom man redan under studietiden inte bara förvärvar personlig kompetens utan även färdigheter att upprätthålla sin arbetsförmåga och bedöma och främja välbefinnandet på arbetsplatsen. Studerande på andra stadiet har lagstadgad möjlighet att vara med och utveckla sin egen arbetsgemenskap bland annat via elevkårsverksamheten. Inom den högre utbildningen har de studerande lagstadgad representation i universitetets förvaltning. Högskolestuderande kan också vara med och utveckla verksamheten vid sin läroanstalt i olika arbetsgrupper samt via sin egen studentkår och dess ämnesorganisationer.

Ett allmänt mål för utbildningen är att få de studerande att i dialog med andra studerande, lärarna och omgivningen hantera och tolka ny information på basis av sina tidigare kunskapsstrukturer. I studierna ingår att åhöra lektioner eller föreläsningar, söka information, sätta sig in i de ämnen som studeras och studera i grupp. Arbete i små grupper ger träning för aktivt och ansvarsfullt arbete för ett gemensamt mål och färdighet att jobba i grupp. De studerande instrueras i att använda informations- och kommunikationsteknik och bibliotekstjänster.

Enligt planen för utveckling av utbildning och forskning under åren 2003–2008 är målet att utveckla undervisningen och inlärningsmiljöerna så att de ger individerna en fast grund för livslångt lärande och personlig utveckling. För att detta mål skall nås behövs tillräcklig kompetens, inlärningsfärdigheter, en livssyn som ställer sig positiv till studier samt motivation. Det gäller också att se till att stöd- och handledningsservicen är tillräcklig och välfungerande. Vid utvecklingen av inlärningsmiljöerna fokuseras på mångsidigheten och bredden i studierna. (Undervisningsministeriet 2004a.)

Studier skiljer sig från arbetslivet på många sätt. En studerande som söker sig till utbildning har ofta ingen riktigt klar uppfattning om utbildningens innehåll eller natur, medan de som tar ett jobb i arbetslivet vanligen är helt på det klara med vad de ger sig in på. I studierna accentueras undervisningens och handledningens betydelse. Till skillnad från

arbetslivet leder kortvarig sjukdom inte till betald sjukledighet och vila för en studerande, utan till att man blir på efterkälken med studieprestationerna, som samlas på hög och måste tas om. En annan skillnad är att myndiga studerande också är tvungna att ordna sin utkomst vid sidan av sitt egentliga arbete, dvs. studierna, och för många studerande innebär det att de måste ta ett jobb.

4.1 Studier på olika utbildningsnivåer

4.1.1 Gymnasiestudier

Gymnasieutbildningens uppgift är att ge en bred allmänbildning och en grund för högskolestudier. Gymnasierna kan profilera sig och lägga speciell vikt på exempelvis konst, naturvetenskaper eller motion i sin undervisning. Utmaningen för gymnasiet är att hjälpa de studerande lära sig arbeta självständigt. En förutsättning för att målet skall nås är att de studerande får den handledning och det stöd de behöver.

I det årskurslösa gymnasiet framskrider studierna inte enligt årskurser, utan de studerande kan själva reglera både studieprogrammets innehåll och studietiden. Studierna försiggår i grupper som varierar beroende på läroanstalternas kursutbud och den studerandes eget studieprogram. Studieåret är vanligen indelat i fem eller sex perioder, och under varje period läser man fem, sex ämnen. Undervisning och studiehandledning i olika ämnen ges i form av kurser om i medeltal 38 lektioner. Kurserna kan vara obligatoriska, fördjupande eller tillämpade. Vissa kurser eller delar av dem kan avläggas genom självständigt arbete.

Övergången till det årskurslösa gymnasiet har gjort gymnasiet mera individuellt och flexibelt, men de studerande måste ta större ansvar än tidigare för sina egna studier. Det finns gymnasiestuderande som inte klarar av sina studier utan särskilt stöd och därför löper risk att avbryta sina studier. Till skillnad från den grundläggande utbildningen och yrkesutbildningen föreskrivs specialundervisning inte inom gymnasieutbildningen. I planen för utveckling av utbildningen förutsätts att kvaliteten på och tillgången till studiehandledning förbättras och behovet av specialundervisning utreds (Undervisningsministeriet 2004a).

4.1.2 Studier inom den grundläggande yrkesutbildningen på andra stadiet

De yrkesinriktade grundexamina ger förutsättningar att verka i sådana uppgifter som kräver baskunskaper inom den bransch man utbildat sig inom samt mera specialiserad kunskap enligt det utbildningsprogram man valt. Examina omfattar 180 studiepoäng och består av yrkesinriktade

studier, gemensamma studier och valfria studier. Dessutom ingår det i examen studiehandledning, minst 30 studiepoäng inlärn timer i arbetet och ett lärdomsprov.

Med inlärn timer i arbetet avses målinriktade, handledda och bedömda studier som sker i äkta arbetsmiljö på en arbetsplats. Målet är att den studerande i arbetet skall inhämta en del av den yrkeskunskap som förutsätts i läroplanen för grundexamen. Perioden med inlärn timer i arbetet ger också allmänna arbetslivsfärdigheter och färdigheter för ett livslångt lärande. Läroanstalten (utbildningsanordnaren) ansvarar för ordnandet av inlärn timer i arbetet. Läroanstalten och arbetsgivaren gör upp ett skriftligt avtal om inlärn timer i arbetet. Inlärn timer målen för perioden av inlärn timer i arbetet planeras i samråd mellan läraren, arbetsplatsrepresentanterna och den studerande. En arbetsplatshandledare utses för att handleda den studerande vid inlärn timer i arbetet. De studerande har rätt att höras i beslutsfattande som rör dem. (Mer om inlärn timer i arbetet i kapitel 5.2)

Internationaliseringen av yrkesutbildningen har tagit fart under de senaste åren. Europass-systemet har underlättat rörligheten för yrkesstuderande. Internationell verksamhet har redan inletts i nästan alla läroanstalter i någon form.

4.1.3 Yrkehögskolestudier

I yrkehögskolorna förekommer självständiga studier i större utsträckning än inom utbildningen på andra stadiet. Undervisningen är vetenskapligt baserad men praktiskt inriktad. Studierna består av grundstudier, yrkesstudier, arbetspraktik och lärdomsprov. Yrkesstudierna består av dels obligatoriska, dels alternativa studier. En del av studieperioderna kan också avläggas virtuellt. Studierna består av studieperioder för vilka man har fastställt mål, innehåll, omfattning, avläggningsätt och bedömningsgrunder. En enskild studieperiod kan till exempel bestå av föreläsningar, praktiktimmer, laboratoriearbete eller självständigt arbete.

Längre fram i studierna kan den studerande avlägga internationella studier under en termin eller ett år till exempel via EU:s utbytesprogram. Man kan också internationalisera sig i Finland genom att välja språkstudier eller yrkesstudier på ett främmande språk. Under arbetspraktiken tillämpar den studerande de inlärd teorikunskaperna i praktiken, lär sig spelreglerna i arbetslivet och fördjupar sin yrkeskunskap.

Lärdomsprovet som hör till studiernas slutskede kan vara ett forsknings- eller utvecklingsarbete. Allt oftare består arbetet av en konkret produkt av något slag, till exempel en cd-skiva, en teknisk apparat, en kollektion, att ordna ett evenemang eller en temadag, utarbeta anvisningar för ett projekt eller göra en instruktionsbok. Lärdomsprovet kräver en hel del självständigt arbete av den studerande och ofta nära samarbete med en utomstående uppdragsgivare.

I yrkeshögskolorna har man särskilt satsat på studiehandledning. I de flesta yrkeshögskolor har varje studerandegrupp en egen lärartutor eller motsvarande person, som i samråd med den övriga personalen introducerar de nya studerande i yrkeshögskolestudierna, ger råd om studieplanering, stödjer dem i studierna under hela studietiden och bl.a. följer med hur studierna framskrider. Studerandetutorerna är också mycket viktiga för nya studerande. De hjälper nya studerande att komma in i bl.a. studiemiljön och läroanstaltens seder i början av studierna. Tutorerna hjälper också nya studerande att lära känna studieorten och fritidsmöjligheterna där samt ordnar evenemang av olika slag tillsammans med studerandekåren.

4.1.4 Universitetsstudier

Inom många utbildningsområden är universitetet en studieplats som är uppsplittrad, komplex och svår att få grepp om. Typiskt för universitetsstudier är att de studerande har frihet att planera och styra sina egna studier, men samtidigt ett väldigt stort ansvar för hur studierna framskrider. Studiesätten och -metoderna kan vara olika och varierar också beroende på utbildningsområde. Största delen av universitetsutbildningen genomförs i direkt växelverkan mellan lärare och studerande. Under de senaste åren har man inom universitetsstudierna även börjat utnyttja dator och datanätverk i samband med bl.a. föreläsningar, seminarier och övningar. Nätstudier gör det möjligt att studera hemifrån, vilket ger flexibilitet i studierna.

Under universitetsstudierna blir de studerande tvungna att bedöma sina invanda studiemetoder och vid behov ändra på dem; till exempel räcker det inte längre med att lära sig saker utantill. Det är krävande att kunna plocka ut det väsentliga ur den stora informationsmängden. De studerande måste emellertid förstå sakerna på djupet för att kunna granska informationen kritiskt och tillämpa den vid problemlösning och praktiska uppgifter av olika slag. Att uthärda halvfärdighet och osäkerhet är en väsentlig förmåga, eftersom man vid universitetsstudier alltid skulle kunna sätta sig in i ett ämne ännu mera och fila på sina alster i det oändliga. För att klara sig behöver en universitetsstuderande ett brett urval av olika inlärnings- och studiestrategier.

Universitets- och yrkeshögskolestudierna har många gemensamma drag bl.a. i fråga om tutorverksamheten och det internationella studerandeutbytet. Ändå är bl.a. lärartutorverksamheten och utarbetandet och framför allt uppföljningen av personliga studieplaner tillsvidare bara i utvecklingsstadiet vid universitetet.

När det gäller utvecklingen av universitetsundervisningen finns det en stark trend mot nätbaserad undervisning, uppbyggnad av nätverk mellan universitetet och internationalisering av studierna. Till detta hör

att stödja studierna ännu effektivare än förut genom handledning. Universitetsstudierna har delats upp i två faser (kandidat- och magisterexamen). Genom att förenhetliga examensstrukturen försöker man stödja de studerandes möjligheter att avlägga examensstudier vid inhemska och europeiska universitet. Examensreformen har också till syfte att förbättra de studerandes arbetslivsfärdigheter.

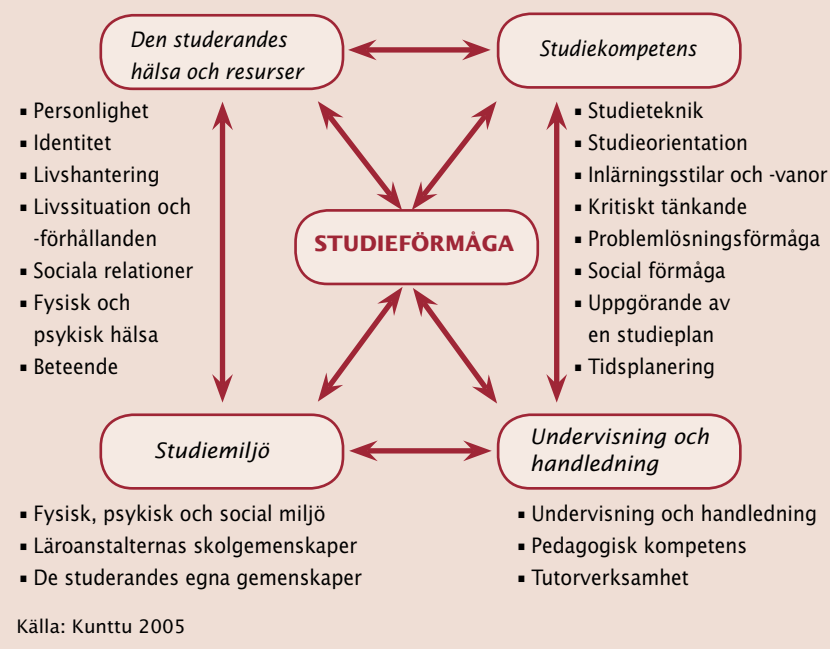
4.2 Studieförmågan är de studerandes arbetsförmåga

Studierna är de studerandes arbete, och de studerande behöver studieförmåga på samma sätt som arbetstagare behöver arbetsförmåga. Studierna förutsätter tillräckliga fysiska och psykiska resurser, god undervisning och en studiemiljö som stödjer inläring. De studerande måste ta ansvar för sina val, studieplaneringen och tidsdisponeringen. För att löpa kräver studierna motivation samt färdigheter och kunskaper av många olika slag. Studerandehälsovården skall främja de studerandes arbetsförmåga och studieförmåga genom att stödja de studerandes fysiska och psykiska resurser, trygga en bra fysisk studiemiljö och fungerande arbetsarrangemang och genom att ägna uppmärksamhet åt välfärden i skolgemenskapen.

Vid granskningen av de studerandes studieförmåga kan man tillämpa resultaten från undersökningar av arbetsförmågan. En arbetstagares arbetsförmåga förstås dels utifrån individens hälsa och resurser, dels utifrån faktorer som är relaterade till arbetet och arbetsmiljön. De viktigaste faktorerna som inverkar på arbetsförmågan är individens hälsa och resurser, arbetsmiljön, arbetsgemenskapen och yrkeskompetensen. På samma sätt bestäms studieförmågan i interaktionen mellan de studerande, studiearbetet och studiemiljön, en interaktion på vilken läroanstaltens verksamhetskultur inverkar (Säntti 1999). Med utgångspunkt i tetraedermodellen för arbetsförmåga (Arbetshälsoinstitutet 2003b) har man vid Arbetshälsoinstitutet tagit fram en tetraedermodell för studieförmågan, där dimensionerna är faktorer som är viktiga med tanke på den studerandes hälsa och studievälfärd (Arbetshälsoinstitutet 2005).

Det speciella i modellen som beskriver studieförmågan är undervisning och handledning, som inte har någon motsvarighet i modellen för arbetsförmågan. De övriga delfaktorerna inom arbets- resp. studieförmågan är jämförbara: hälsa och resurser är en dimension som är gemensam för vardera, arbetsmiljön motsvaras av studiemiljön och yrkeskompetensen av studiekompetensen. Utifrån tetraedermodellen för studieförmågan har man tagit fram en modell för studieförmågan som beskriver interaktionen mellan olika faktorer (figur 4).

Figur 4. Modell för studieförmågan



1) Den studerandes hälsa och resurser

Studieförmågan påverkas först och främst av den studerande själv, hans eller hennes hälsa och resurser. Det här innebär i vid bemärkelse den studerandes personlighet, självkännet, livssituation, sociala relationer, hälsotillstånd och beteendevanor som påverkar hälsan. Resurserna förstärks av en tryggad ekonomisk utkomst och en optimistisk livsattityd.

2) Studiefärdigheter

Studieförmågan påverkas i väsentlig grad av den studerandes studiefärdigheter. Hit räknas förutom studieteknik till exempel studieorientation (studiernas betydelse för den studerande), inlärningsstilar och -sätt, metakognitiva kunskaper och färdigheter (kunskap om sina egna kunskaper och färdigheter), kritiskt tänkande, problemlösningsförmåga och social förmåga, exempelvis förmågan att uppträda. Exempel på tekniska studiefärdigheter är färdigheter i informationssökning och informationsbehandling, t.ex. att läsa till en tentamen, göra föreläsningssanteckningar och använda informationskällor.

Bristande studiefärdigheter inverkar självfallet direkt på studieresultaten, men de kan också leda till att resultaten inte motsvarar arbetsinsatsen eller till att arbetsmängden hela tiden känns för stor. En sådan situation frustrerar och orsakar stress och kan därmed försämra studiemotivationen.

3) *Undervisning och handledning*

Kompetent undervisning och handledning är en central faktor som bygger upp studieförmågan. Hit hör en tillräcklig dialog mellan läraren och den studerande samt feedback och bedömning. Även tutorverksamhet och integrering av den studerande i skolgemenskapen är en del av denna verksamhet.

4) *Studiemiljö*

Studiemiljön omfattar den fysiska, psykiska och sociala studiemiljön. Den fysiska studiemiljön består av olika inlärningsmiljöer och fysiska studieförhållanden, ordnandet av studierna, undervisningsmedlen och pausrummen. Till skolgemenskaperna hör både läroanstalternas interna gemenskaper och de studerandes egna gemenskaper. Den psykiska och sociala miljön består av interaktionen mellan de studerande, inom personalen samt mellan personalen och de studerande, och dessutom av studieklimatet och studerandegemenskapernas utbud. Bakgrundsfaktorer som inverkar på studieförmågan är läroanstaltens värderingar och verksamhetskultur, som bl.a. består av traditioner, seder och strukturer. Personalandan vid läroanstalterna återspeglar sig lätt på de studerande och deras studiemotivation. (Lounasmaa ym. 2004.) Rättvist bemötande och möjligheter att delta och påverka bidrar till uppkomsten av en hälsosam, trygg och trivsam skolgemenskap.

Studieförmågan bör granskas som en funktionell helhet och inte enbart endimensionellt, t.ex. utifrån individens hälsa och resurser. Genom att påverka studieförmågans samtliga dimensioner och de faktorer som kan identifieras i dem kan man främja de studerandes studieförmåga. I studieförmågan handlar det också om balans. Om till exempel den studerandes egna resurser tillfälligt eller permanent har försvagats, kan studiefärdigheterna, undervisningen och skolgemenskapen kompensera situationen. Bristande studiefärdigheter kan i sin tur avhjälpas genom handledning som hjälper den studerande att finna arbetssätt som passar honom eller henne och genom förstärkning av hans eller hennes självförtroende som en lärande person.

I bakgrunden till studieförmågan finns givetvis de allmänna socioekonomiska och kulturella förhållandena samt förhållandena i omgivningen. Dessa förmedlas via sociala institutioner – till exempel hälso- och välfärdstjänster – på ett sätt som antingen förstärker eller försvagar den studerandes resurser, studiefärdigheter, studiemiljön och undervisningsverksamheten. Studieförmågan kan följaktligen ses som ett resultat av ett komplicerat system. Till studieoförmåga kan alltså bidra att studierna är krävande, omgivningens stöd är otillräckligt eller att den studerande för tillfället är oförmögen att utföra den uppgift som krävs. Studieförmågan mäts i sista hand av vilken erfarenhet individen har av de faktorer som påverkar sys-

temet och hur han eller hon kan reglera och balansera dem för egen del. (Lounasmaa ym. 2004.)

Enligt arbetsstressmodellen (Karasek ja Theorell 1990) uppstår belastning av höga krav i arbetet, små möjligheter att påverka och brist på socialt stöd. Samma faktorer belastar även studerande, eftersom brist på stödjande dialog samt otillräcklig feedback och handledning är vardag för många studerande. Bland studerande är orsakerna till stress oftast relaterade till studierna. Exempel på stressorsaker är egna förväntningar, prov, tentamina och bedömningar, den tillgängliga tiden för att lära sig nya saker, för stor studiemängd, otillräcklig feedback, krav samt överhuvudtaget att få grepp om studierna. (Kunttu 2004a.)

Vid hälsoundersökningar av högskolestuderande har frågan "ett hurudant grepp om studierna har du fått enligt din egen bedömning" funnits med, vilket kan anses vara ett subjektivt mått på studieförmågan". Omkring var tionde universitetsstuderande tycker att det är ett stort problem att få grepp om studierna och var fjärde att det är ett klart problem. (Kunttu ja Huttunen 2001 och 2005.) Svårast var det för tredjeårsstuderande att få grepp om studierna. För femteårsstuderande var det aningen mindre svårt och för förstaårsstuderande var det lättast. Den faktor som hade det starkaste sambandet med känslan av ett dåligt grepp om studierna är en negativ bedömning av de egna krafterna och förmågorna, dvs. svag "akademisk självkänsla" samt att man upplever att man har valt fel utbildningsområde (Lounasmaa ym. 2004). Av de högskolestuderande upplever omkring var tionde att de valt fel utbildningsområde och dessutom är var fjärde studerande osäker på sitt eget utbildningsområde (Erola 2004; Kunttu ja Huttunen 2005). Andra faktorer som har samband med att man tycker sig ha ett dåligt grepp om studierna är heltidsarbete, riklig alkoholkonsumtion, otillräcklig studiehandledning, att man inte tillhör en grupp i anslutning till studierna, negativ bild av framtiden, otillräcklig motion samt psykiska symtom. Det är värt att notera att det inte förelåg något signifikant samband mellan studieförmågan och fysiska sjukdomar som konstaterats hos de studerande (Lounasmaa ym. 2004.) Bristen på motivation har självfallet också samband med problem i studierna (Merheimo 2000).

Bland studerande som är intresserade av sitt eget utbildningsområde dämpas studieivern av problem i universitetets atmosfär och bristande handledning. För att åtgärda detta behövs det effektiv handledning som närmast fokuseras på studiernas inlednings- och slutskede. Under det sista studieåret borde handledningen även innefatta handledning i att söka jobb och handledning som stödjer själva det praktiska arbetet. (Vesikansa ym. 1998.) Betydelsen av studiehandledning och studiefärdigheter kom starkt fram även i en annan undersökning där man utredde orsakerna till att universitetsstudierna inte löpte normalt (Kurri 2006).

Rekommenderad läsning:

- Eriksson I, Mikkonen J. toim. 2003. Opiskelun ohjaus yliopistossa. Tuella ja taidolla -hanke. Helsingin yliopisto.
- Jokinen P. 2001. Tutortoiminnan kehittäminen. Helsinki: Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 36.
- Lonka K. 1997. Rohkene tuutoroida. Opas oppimisen psykologiaan. Helsingin yliopisto: Opintoasiainosaston julkaisuja 15/1997.
- Luukkonen J, Liuska H. 2000. Yliopisto-opiskelu ja opiskelijan työ. Oulu: Oulun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan opetusmonisteita ja selosteita 81.
- Lähteinen-Kyykkä M. 2004. Uusien opiskelijoiden pienryhmäohjaajan opas. (Opiskelijatuutorille tarkoitettu opas) Helsinki: Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö.
- Moitus S, Huttu K, Isohanni I. ym. 2001. Opintojen ohjauksen arviointi korkeakouluissa. Helsinki: Korkeakoulujen arviointineuvoston julkaisuja 13:2001.
- Valokeilassa ammattikorkeakouluopiskelija. 2003. Helsinki: Suomen Ammattikorkeakouluopiskelijayhdistysten Liitto.

5 *En trygg och hälsosam studiemiljö*

5.1 *Mot trygga och hälsosamma läroanstalter – utveckling och övervakning*

5.1.1 *Författningar som rör hälsa och trygghet*

Läroanstalterna är de studerandes och personalens gemensamma arbets- och studieplats. En trygg och hälsosam arbets- och studiemiljö består av goda fysiska, psykiska och sociala förhållanden. Goda arbets- och studieförhållanden skapar förutsättningar för hela skolgemenskapens välfärd, för upprätthållande av arbets- och studieförmågan och för en framgångsrik inläring. Det är vid läroanstalterna och i andra inlärningsmiljöer och -gemenskaper i samband med studierna som de studerande får sina grundläggande attityder och färdigheter för arbete och utförande av arbete. Därför är det viktigt att redan under studietiden verka för uppkomsten av en kultur som stödjer ett tryggt och hälsosamt arbete. (Palukka och Salminen 2003.)

Kraven på de sanitära förhållandena i skolor och läroanstalter baserar sig på hälsoskyddslagen (763/1994). Syftet med hälsoskyddslagen är att upprätthålla och främja befolkningens och individens hälsa samt att förebygga, minska och undanröja sådana i livsmiljön förekommande faktorer som kan orsaka sanitär olägenhet. I skolor och läroanstalter tillämpas lagen i första hand på elevernas och de studerandes hälsoskydd. Med stöd av 32 § i hälsoskyddslagen har social- och hälsovårdsministeriet utarbetat en anvisning om boendehälsa, som innehåller kvalitetsrekommendationer för fysikaliska, kemiska och biologiska faktorer i bostäder och andra vistelseutrymmen (bl.a. skolor och läroanstalter) (Social- och hälsovårdsministeriet 2003c).

Kraven på trygga och hälsosamma arbetsförhållanden i läroanstalter baserar sig på arbetarskyddslagen (738/2002) och lagen om företagshälsovård (1383/2001). Syftet med arbetarskyddslagen är att förbättra arbetsmiljön och arbetsförhållandena för att trygga och upprätthålla arbetstagarnas arbetsförmåga samt förebygga och förhindra olycksfall i arbetet, yrkessjukdomar och andra sådana olägenheter för arbetstagarnas fysiska och mentala hälsa som beror på arbetet och arbetsmiljön. Lagen

gäller direkt läroanstaltens personal, men tillämpas även (4 §) på elevers och studerandes arbete i samband med utbildningen såväl i läroanstalten som utanför den. Folkhälsolagen (66/1972) ålägger studerandehälsovården att övervaka de sanitära förhållandena vid läroanstaltarna.

Enligt gymnasielagen (629/1998) och lagen om yrkesutbildning (630/1998) skall utbildningsanordnaren i samband med att läroplanen utarbetas utarbeta en plan för att skydda de studerande mot våld, mobbing och trakasseri enligt närmare anvisningar från utbildningsstyrelsen. Utbildningsanordnaren skall också godkänna en ordningsstadga eller utfärda andra ordningsbestämmelser som läroanstalten skall tillämpa för att främja den interna ordningen i läroanstalten, ostörda studier samt trygghet och trivsel i läroanstaltssamfundet.

De studerandes inlärn timer i arbetet berörs dessutom av följande lagar och författningar:

- statsrådets förordning om hälsoundersökningar i arbete som medför särskild fara för ohälsa (1485/2001)
- lag om ändring av lagen om smittosamma sjukdomar (770/1992) 20 §, social- och hälsovårdsministeriets anvisning 2003:1
- lag om unga arbetstagare (998/1993) jämte ändringar
- statsrådets förordning om arbeten som är särskilt skadliga och farliga för unga arbetstagare (475/2006)
- social- och hälsovårdsministeriets förordning om en förteckning över exempel på arbeten som är farliga för unga arbetstagare (128/2002).

5.1.2 Läroanstalten som den studerandes arbetsmiljö

Studiemiljön består av de fysiska och psykosociala studieförhållandena, bland annat olika inlärn timer miljöer, fysiska utrymmen, skolgemenskaper, anordnandet av studierna, studiehandledning, de studerandes egna gemenskaper, läroplanen, studiematerial och -redskap, studier och praktik utanför läroanstalten samt servicenätverket.

En bra studiemiljö är en helhet som ställer utmaningar, ger stöd och handledning, gör det möjligt för den studerande att förbättra och utnyttja sina kunskaper och färdigheter samt till individen förmedlar en känsla av att han eller hon respekteras. I en bra studiemiljö förekommer varken mobbing, trakasserier eller våld. Med tanke på problem, olycksfall och kriser har man lagt upp handlingsmodeller som nyckelpersonerna skall behärska som ett led i sin yrkeskompetens. Både som studiemiljö för de studerande och som arbetsplats för personalen skall miljön vara hälsosam, trygg och tillgänglig.

Kravet på tillgänglighet baserar sig på grundlagen och lagen om likabehandling (21/2004). Lagen om likabehandling förbjuder direkt och indirekt diskriminering som beror på praxis eller förhållanden. Den ålägger också utbildningsanordnaren att vidta skäliga åtgärder för att en person med funktionshinder skall få tillträde till utbildning samt för att denne skall klara av sin utbildning.

Vid arbetet för en tryggare och hälsosammare läroanstalt är det viktigt att försöka minimera hälso- och säkerhetsriskerna. Med hjälp av en utredning av studiemiljön får man aktuell information om i hurdana förhållanden och arbetsmiljöer de studerande studerar. Studiernas innehåll, undervisningsmetoderna och antalet studerande förändras. Dessutom kan det förekomma störningar i de fysiska förhållandena eller också kan skolgemenskapen drabbas av en akut krissituation. Studerandehälsovården borde få aktuell information om förändringar. Den erhållna informationen kan utnyttjas vid hälsokontroller, individuell hälsorådgivning, socialt arbete samt vid planeringen av studiearrangemang och studieförhållanden.

Huvudansvaret för att läroanstalten är trygg och hälsosam vilar med stöd av hälsoskyddslagen på verksamhetsutövaren och med stöd av arbetarskyddslagen på arbetsgivaren. Enligt arbetarskyddslagen skall arbetsgivaren reda ut de olägenheter och risker som beror på arbetet och arbetsförhållandena och bedöma deras betydelse för arbetstagarnas säkerhet och hälsa. Eftersom en läroanstalt som studiemiljö är en arbetsplats även för de studerande, behövs det också andra aktörers sakkunskap vid bedömningen av studieförhållandena och förbättrandet av arbetsförhållandena. Det behövs samarbete och informationsutbyte mellan bl.a. studerandehälsovården, de studerande, läroanstaltens personal, personalhälsovården, kommunens hälsoskyddsmyndighet, arbetarskyddsinspektören samt kommunens tekniska sektor.

Rekommenderad läsning:

Laaksonen E. 2005. Esteetön opiskelu yliopistoissa. Helsinki: Opetusministeriön julkaisuja 2005:6.

5.1.3 Att bedöma om studiemiljön är trygg och hälsosam

Arbets- och studieförhållandena vid en läroanstalt bör bedömas minst vart tredje år och ur både personalens och de studerandes synvinkel samtidigt. Vid utredningen av arbetsförhållandena vid en läroanstalt kan man tillämpa etablerade metoder för arbetsplatsutredning som används inom företagshälsovården. När den här handboken utarbetades fanns det inte någon officiell arbetsplatsutredningsblankett för läroanstalter (Tuuva 2004), men det rekommenderas att man använder något slags formulär vid utredningen. Till exempel kan något av följande formulär användas:

- Formulär för övervakning av de sanitära förhållandena vid en läroanstalt, framtagen för studerandehälsovården i Tammerfors (Bilaga 7)
- Den studiemiljöutredning som utvecklats av Tuuva och används i Villmanstrand och Imatra
- Arbetshälsoinstitutets skolmiljöenkät Koulun työolopuntari eller
- Finlands Kommunförbunds rekommendation om utredning av arbetsförhållandena i skolmiljöer (Printel Oy:s blankett 7476 Kouluympäristön terveys ja turvallisuus).
- Vid utredningen av studiemiljön bör man även beakta social- och hälsovårdsministeriets kvalitetsrekommendationer i anvisningen om boendehälsa

Det första steget vid bedömningen av om studiemiljön är trygg och hälsosam är att gå igenom tidigare uppgifter om läroanstalten. Det egentliga utredningsarbetet vid läroanstalten utförs i samråd mellan olika aktörer. I utredningen ingår enkäter bland de studerande, personalen och eventuellt föräldrarna till unga studerande samt mätningar vid läroanstalten (bilaga 8 och 9). Utredningsresultaten analyseras och sammanställs i en rapport, där man beskriver förekomsten av sanitära risker och olägenheter vid läroanstalten och deras betydelse för individens hälsa. Åtgärderna för undanröjande av risker och olägenheter sätts i prioritetsordning och behovet av eventuella ytterligare utredningar konstateras. Utredningsrapporten jämte slutsatser lämnas för kännedom dels till alla medverkande aktörer, dels till bl.a. de kommunala nämnder som ansvarar för utbildningsväsendet och social- och hälsovårdsväsendet, och vid behov fogas rapporten även till en intern och extern utvärdering av läroanstalten. Vid läroanstalten och inom studerandehälsovården följer man årligen med att de brister som påtalats vid bedömningen åtgärdas. Som ett led i förverkligandet av målen för läroanstaltens välfärdsstrategi följer studerandevårdsgruppen dessutom med om det sker förändringar i säkerheten och de sanitära förhållandena vid läroanstalten.

Vid bedömningen bör man beakta läroanstaltens särdrag, till exempel storlek, utbildningsområden och antalet tekniska arbetslokaler. Bedömningsgruppen består av representanter för läroanstalten, de studerande, studerandehälsovården och personalhälsovården samt eventuellt kommunens hälsoskyddsmyndighet, arbetarskyddsinspektören och representanter för kommunens tekniska sektor. Vid behov kan man för bedömningen även kalla in experter på byggnadssäkerhet, elsäkerhet, maskinsäkerhet, brandsäkerhet, kemikaliesäkerhet och strålsäkerhet samt en psykolog, en fysioterapeut osv.

Tabell 5. Frågor att ta upp vid bedömningen av hur trygg och hälsosam en läroanstalt är

Fråga	Innehåll
Bakgrundsfakta	Grundläggande information om läroanstalten, namn och kontaktuppgifter, antal studerande, utbildningsprogram, antal anställda mm.
Fysisk miljö	Läroanstaltens lokaliteter, volym i förhållande till antalet studerande, inredning, trivsel, tillgänglighet, hygienrum, utomhusområden, matsal eller restaurang mm.
Fysikaliska exponeringsfaktorer	Belysning, ljudmiljö, ventilation, temperaturförhållanden, lukt, fukt, drag, strålning, vibrationer mm.
Kemiska exponeringsfaktorer	Kemiska ämnen som används i klasser och undervisningsrum, säkerhetsdatablad för dem samt korrekt förvaring, oorganiskt damm, metaldunst, gaser mm.
Biologiska exponeringsfaktorer	Inomhusluft, djurdamm, mögeldamm, infektionsrisk mm.
Krav som ställs vid inlärnin g i arbetet	Specialkrav i samband med inlärnin g i arbetet, bland annat fysisk belastning, ergonomiska olägenheter, erforderlig personlig skyddsutrustning och dess kvalitet. Introduktion i arbetet.
Psykosocial arbetsmiljö	Personalens och de studerandes attityder, interaktiva förmåga, arbetsklimatet i skolgemenskaperna (separata enkäter om detta kan göras bland de studerande och personalen), arbetstider och studiearrangemang mm.
Olycks- och hälsorisker	Olycksfall vid läroanstalten och på arbetsplatserna för inlärnin g i arbetet, trafiksäkerheten kring läroanstalten, dålig arbetsergonomi, hot om fysiskt och psykiskt våld mm.
Välfärdsprogram (läroanstaltens spelregler och verksamhetskultur)	Är /inte/ under planering: säkerhetsplan med instruktioner för särskilda risksituationer (t.ex. brand), krishanteringsplan, förstahjälpenberedskap -utbildning, missbruksprogram mm.
Specifikation av riskerna	Identifiering av sanitära risker och säkerhetsrisker och bedömning av den sanitära betydelsen.
Rekommenderade åtgärder och tidtabeller	Åtgärdsplan för undanröjande eller minskande av de risker som uppdagats, tidtabell, ansvarspersoner och tidpunkt för ny bedömning.
Bedömningen utförd av	De personer som medverkat vid bedömningen, deras underskrifter och den instans som de företräder.

5.2 De studerandes rätt till en trygg och hälsosam miljö under inlärnin gen i arbetet och arbetspraktiken

I studierna på andra stadiet och på högre nivå ingår studieperioder utanför läroanstalten. I gymnasiestudierna ingår inte praktik. Inom yrkesutbildningen ingår i examen minst 30 studiepoäng handledd inlärnin g i

arbetet på en arbetsplats, om vilket föreskrivs i lagen om yrkesutbildning (630/1998). I yrkeshögskolestudierna ingår 30–75 studiepoäng praktik som främjar yrkeskompetensen och kan utföras i hemlandet eller utomlands. Praktiken genomförs på olika sätt beroende på utbildningsområde och program. I läroplanen för utbildningsprogrammet föreskrivs om målen för praktiken samt om praktikens innehåll och utförandet av den. Anvisningar för praktik som ingår i universitetsstudier finns i undervisningsministeriets betänkande 18:1996 och promemoria 33:1986. Den universitetsstuderandes utbildningsprogram eller målen för läroämnet bestämmer praktikens innehåll och kravnivå. Beroende på examen kan praktiken vara obligatorisk eller valfri. När praktiken utförs är den en del av studierna och ger studiepoäng – hur många studiepoäng den ger beror på området och praktikperiodens längd.

Arbetsarkyddslagen (738/2002) ålägger arbetsgivaren och arbetstargarna att gemensamt upprätthålla och förbättra arbetsarkyddet på arbetsplatsen. Arbetsgivaren bär dock ansvaret. Lagen om tillsynen över arbetsarkyddet och om arbetsarkyddssamarbete på arbetsplatsen (44/2006) som trädde i kraft 1.1.2006 föreskriver att det för arbetsarkyddssamarbetet på arbetsplatserna skall finnas en arbetsarkyddsorganisation, som består av en arbetsarkyddschef (som företräder arbetsgivaren), arbetsarkyddsfullmäktige jämte ersättare (som företräder arbetstargarna och tjänstemännen) samt en arbetsarkyddskommission eller något annat motsvarande samarbetsorgan.

Syftet med arbetsarkyddslagen (738/2002) är att förbättra arbetsmiljön och arbetsförhållandena för att trygga och upprätthålla arbetstargarnas arbetsförmåga samt förebygga och förhindra olycksfall i arbetet, yrkessjukdomar och andra sådana olägenheter för arbetstargarnas fysiska och mentala hälsa som beror på arbetet och arbetsmiljön. Enligt 4 § i arbetsarkyddslagen tillämpas lagen även på elevers och studerandes arbete i samband med utbildningen. Arbetsplatserna där praktik och inläring i arbetet försiggår skall beakta detta vid planeringen av arbetsarkydds- och arbetshälsoåtgärder, till exempel vid bedömningen av risker och olägenheter i arbetet. Med stöd av 17 § i arbetsarkyddslagen skall arbetsgivaren och/eller utbildningsanordnaren och de studerande tillsammans upprätthålla och förbättra säkerheten på arbetsplatsen. Särskilda bestämmelser om den studerandes rätt till en trygg studiemiljö och undervisning även under perioderna av inläring i arbetet finns dessutom i lagen om yrkesutbildning (630/1998).

5.2.1 Arbetsförhållande

Vid praktik eller inläring i arbetet som ingår i studierna kan den studerande stå i arbetsförhållande till arbetsgivaren, dvs. vara anställd på sin arbetsplats, men det är inte nödvändigt. Studerande inom grundlägg-

gande yrkesutbildning är i allmänhet inte anställda av arbetsgivaren under perioderna av inlärn timer i arbetet och har därmed på sätt och vis två "arbetsgivare", dels utbildningsanordnaren (läroanstalten), dels platsen för inlärn timer i arbetet. Däremot är högskolestuderande, med undantag t.ex. för hälso- och sjukvårdsstuderande, ofta anställda när de utför den praktik som hör till studierna.

En studerande som inte är anställd på sin arbetsplats får ingen lön, tjänar inte in semester eller semesterersättning och arbetsgivaren är inte skyldig att teckna olycksfallsförsäkring för den studerande. Däremot kan den studerande vara berättigad till studiesociala stöd som bl.a. täcker rese- och måltidskostnader. Studerandehälsovårdstjänsterna står normalt till den studerandes förfogande under perioderna av praktik och inlärn timer i arbetet. Trots att den studerande inte är anställd, ansvarar arbetsgivaren ändå för hans eller hennes arbetssäkerhet på arbetsplatsen i samband med de praktiska arbetsuppgifterna. Särskilda bestämmelser om detta finns i 19 § i lagen om yrkesutbildning (630/1998).

Om den studerande är anställd av arbetsgivaren under praktiktiden har han eller hon samma arbetsrättsliga ställning som de andra arbetstagarna. Lagarna om arbetstid, semester, olycksfallsförsäkring mm. tillämpas på den studerande och han eller hon får på begäran ett arbetsintyg. Den studerande är berättigad till studerandehälsovårdstjänster, men har också tillgång till företagshälsovårdstjänster. De inlärn timer som satts upp för praktiken eller inlärn timer i arbetet skall även förverkligas när det gäller studerande i arbetsförhållande.

I utbildningsstyrelsens informationstjänst om inlärn timer i arbetet www.edu.fi/tonet finns samlad information för olika branscher samt informationskällor om inlärn timer i arbetet för studerande, läroanstalter och arbetsplatser. Här finns bl.a. arbetssäkerhetsguider för olika branscher, t.ex. "Työssäoppimisen työsuojelu sosiaali- ja terveystieteiden perustutkinnossa".

När det gäller inlärn timer i arbetet och praktik som inte sker i arbetsförhållande är den legislativa grunden gedignast och utbildningsstyrelsens anvisningar mest omfattande för den grundläggande yrkesutbildningen. De olika parterna – den studerandes, läroanstaltens, arbetsgivarens (praktikplatsens) och studerandehälsovårdens – ansvar och skyldigheter vid inlärn timer i arbetet och praktik behandlas därför utifrån inlärn timer i arbetet inom den grundläggande yrkesutbildningen. I huvuddrag gäller samma regler även för arbetspraktik och praktik som utförs utan arbetsförhållande.

5.2.2 Inlärn timer i arbetet – innehåll och avtal

Syftet med inlärn timer i arbetet är att ge den studerande en realistisk bild av yrket och dess för- och nackdelar. Detta sker genom att den studerande får utföra riktiga arbeten i en riktig arbetsmiljö. Inlärn timer sätts upp

för inläringen i arbetet och inläringen bedöms. Den studerande har rätt till en trygg studiemiljö även under inläringen i arbetet. På utbildningsstyrelsens webbforum www.edu.fi/tonet finns samlad information om inläring i arbetet, bland annat avtalsmodeller för inläring i arbetet, läroanstaltens, arbetsplatsens och arbetsplatshandledarens uppgifter, centrala arbetarskyddsfrågor branschvis, information om försäkringar samt blanketter.

Mellan utbildningsanordnaren (läroanstalten) och arbetsplatsen uppgörs ett skriftligt avtal om inläring i arbetet (lag om yrkesutbildning 630/1998, 16 §, förordning om yrkesutbildning 811/1998, 5 §), vars längd kan variera från ett läsår till avtal som ingås tillsvidare. Bland andra har undervisningsministeriet tillsammans med arbetsmarknadsorganisationerna utarbetat avtalsmodeller som förtydligar parternas uppgifter och skyldigheter och styr upprättandet av avtalet så att även arbetarskyddsfrågor tas upp. Avtalsmodellerna finns i elektronisk form på utbildningsstyrelsens forum TONET.

För varje studerande upprättas dessutom ett separat personligt avtal om en plan för inläring i arbetet (TOPS). Även i det här avtalet eller åtminstone i samband med upprättandet av det är det befogat att ta upp frågor som rör arbetarskyddet. Före perioden av inläring i arbetet och upprättandet av avtalet borde man tillsammans med den studerande gå igenom parternas allmänna skyldigheter och rättigheter på arbetsplatsen. Frågor som bör tas upp med tanke på arbetarskyddet är till exempel att den studerande inser att arbetsgivaren har arbetslednings- och övervakningsrätt, att man kommer överens om arbetstider, eventuellt natt- och söndagsarbete, följer arbetstiderna, anmäler frånvaro, vilka påföljderna är vid olovlig frånvaro, att sjukfrånvaro visas med intyg från läkare/hälsovårdare, att man förbinder sig till ett avtal på viss tid, på vilka grunder inläringen i arbetet/avtalet kan avbrytas eller hävas. Om en studerande utför arbeten som är farliga eller förbjudna för ungdomar är det också skäl att konstatera detta i den studerandes TOPS. På grund av det ovan nämnda bör den studerande särskilt få information, handledning och träning i arbetarskydd redan vid läroanstalten. I avtalet bör man också komma överens om måltider, skyddsutrustning som behövs i arbetet, skyddskläder och skodon.

5.2.3 Läroanstaltens ansvar vid inläringen i arbetet

Med tanke på arbetarskyddet är det av betydelse att läroanstalten har en stor självständighet och ett stort ansvar vid ordnandet av inläring i arbetet. Läroanstalten kan dels välja de arbetsplatser där inläring i arbetet sker, dels påverka vilka mål som sätts upp för perioderna av inläring i arbetet under olika årskurser, till vilken årskurs förbjudna eller farliga

arbeten förläggs och vilka arbetarskyddsfrågor läroanstalten ger undervisning i innan de studerande beger sig ut på arbetsplatserna.

Före perioden av inlärnin i arbetet skall läroanstalten se till att de studerande som skall ut på arbetspraktik genomgår behöriga hälsoundersökningar. Läroanstalten skall också se till att man redan vid läroanstalten tillsammans med den studerande går igenom säkra arbetsmetoder, identifiering av centrala risker i yrket, rätt användning av arbetsredskap, anordningar och personlig skyddsutrustning samt andra grundläggande säkerhetsfrågor för respektive bransch. Dessutom bör man se till att de studerande vet tillräckligt om de hälsorisker som är relaterade till arbetspraktiken inom ett visst yrkesområde. Läroanstalten skall också ge de studerande utbildning om arbetarskydd och informera arbetsplatsen om vad den studerande kan och vad arbetsplatsen kan förutsätta av honom eller henne.

Läroanstalten skall försäkra sig om att arbetsplatsen har förutsättningar för att ordna inlärnin i arbetet. Läroanstalten har denna skyldighet även när den studerande själv har skaffat sig en plats för inlärnin i arbetet. Utbildningsanordnaren (läroanstalten) skall för sin del se till att den studerandes rätt till en trygg studiemiljö bibehålls även vid inlärnin i arbetet (lag om yrkesutbildning, 630/1998, 28 §). I 5 § i förordningen om yrkesutbildning (811/1998) förutsätts att arbetsplatsen har en tillräcklig produktions- och serviceverksamhet för att den utbildning som anges i grunderna för läroplanen eller i grunderna för den fristående examen skall kunna genomföras, nödvändig arbetsutrustning samt anställda vars yrkeskunskap, utbildning och arbetslivserfarenhet är sådan att de kan förordnas till ansvariga utbildare för studerande. När avtalen upprättas borde läroanstalten också ägna uppmärksamhet åt att arbetsförhållandena på arbetsplatsen är säkra. Det är omöjligt för en studerande att tillägna sig säkra arbetssätt om man på arbetsplatsen inte följer säkerhetsanvisningarna eller inte använder personlig skyddsutrustning eller maskinskydd.

Undervisningen inom den grundläggande yrkesutbildningen är avgiftsfri (lag om yrkesutbildning 37 §). Läroanstalten skall i början av studierna förse de studerande med de skyddskläder som krävs för ordnandet av undervisning och den utrustning som arbetarskyddsbestämmelserna kräver.

Exempel på arbeten som är förbjudna och särskilt farliga (social- och hälsovårdsministeriets förordning 128/2002) för unga arbetstagare (utanför yrkesläroanstalten utan undantagstillstånd) är arbeten som förutsätter en med beaktande av arbetstagarens ålder och erfarenhet oskälig påfrestning eller betydande ansvar för egen eller andra personers säkerhet eller betydande ekonomiskt ansvar. Det är också förbjudet att arbeta ensam, om detta är förbundet med uppenbar risk för olycksfall eller insjuknande. Nämda arbeten kan vid läroanstalten tränas under lärarens ledning (förordning om skydd för unga arbetstagare 508/1986), men under perioderna av inlärnin i arbetet jämställs handledaren inte

med en lärare och därför behöver 16-åringar undantagstillstånd för farliga arbeten från arbetarskyddsdistriktet och även för personer över 16 år behövs det förutom vissa skyddsåtgärder även en anmälan till arbetarskyddsdistriktet. Inom varje yrkesområde och examen är det befogat att gå igenom förteckningen över förbjudna och farliga arbeten och fundera över vad det innebär i praktiken för den egna läroanstalten och yrkesområdet i fråga och ge de studerande anvisningar om detta före perioden av inlärn timer i arbetet.

Vid planeringen av utbildningen skall läroanstalterna se till att läroplanerna innehåller tillräckligt mycket undervisning om arbetarskydd, arbets- och funktionsförmåga samt anställningsfrågor med beaktande av respektive yrkesområdes särdrag. Perioden av inlärn timer i arbetet ger tillfälle att konkretisera och få eleven att själv reda ut branschspecifika arbetarskyddsfrågor. Undervisningen borde inte bara inrikta sig på kunskaper och färdigheter och säkra arbetssätt, utan även på attityder. Detta kunde ske genom att arbetarskyddet tas med i den individuella planen för inlärn timer i arbetet, genom att förutsätta att eleven t.ex. i reflexionsdagböcker, redogörelser eller praktikrapporter berättar hur han eller hon har bekantat sig med riskerna i sin bransch och hur de kan bekämpas, med anställningsfrågor eller samarbete på arbetsplatsen. Den studerande kan t.ex.

- bekanta sig med arbetsplatsens handlingsprogram för arbetarskyddet
- ta reda på hurudana olycksfall eller yrkessjukdomar det har förekommit på arbetsplatsen
- ta reda på hur företagshälsovården och första hjälpen är ordnad
- studera säkerhetsdatablad för de kemikalier som används på arbetsplatsen
- kontrollera om maskinerna är CE-märkta och vad märkningen betyder
- ta reda på hurdan personlig skyddsutrustning som används på arbetsplatsen
- ta reda på hurdan hälsofrämjande verksamhet det förekommer på arbetsplatsen, om man måste lyfta och flytta på tunga saker, hurudana arbetsställningarna och hjälpmedlen är, hur arb- arbetsplatserna har organiserats, om det förekommer hot om våld från klienternas sida och hur man förbereder sig på det samt vilket arbetskollektivavtal arbetsplatsen följer (jfr arbetsmarknadskunskap) osv. samt ge arbetsplatsen feedback om iakttagelserna. (Urvanto 2002.)

5.2.4 Arbetsgivarens ansvar vid inläringen i arbetet

Arbetsgivarens uppgift är att handleda och instruera den studerande i hans eller hennes arbetsuppgifter på arbetsplatsen. Vid handledningen och instruerandet är bl.a. förhållandena på arbetsplatsen, ett korrekt utförande av arbetet, riskerna i arbetet, hur maskiner och utrustning fungerar, inledande och avslutande arbeten, rengöring av maskiner, justering, service och reparation, störningssituationer, bestämmelser och rutiner som gäller arbetarskyddet på arbetsplatsen viktiga frågor med tanke på arbetarskyddet. Särskild uppmärksamhet bör ägnas arbetsmiljön, eftersom förhållandena på arbetsplatsen kan vara mycket annorlunda än vid läroanstalten.

Under perioden av inläring i arbetet kan den studerande använda den skyddsutrustning som läroanstalten införskaffat. Om det behövs specialskyddsutrustning på arbetsplatsen är det befogat att den tillhandahålls av arbetsgivaren, som ansvarar för arbetarskyddet på arbetsplatsen.

Om den som lär sig i arbetet inte är anställd på arbetsplatsen för inläring i arbetet är arbetsgivaren inte skyldig att ordna med företagshälsovård för den studerande.

Med stöd av förordningen om yrkesutbildning (811/1998) skall arbetsgivaren utse en kontaktperson eller en arbetsplatshandledare som företräder arbetsgivaren vid planeringen, organiserandet och övervakningen av inläringen i arbetet. Arbetsplatshandledaren har också möjlighet att delta i bedömningen av den studerandes kompetens och i frivillig utbildning som läroanstalten ordnar.

5.2.5 Den studerandes skyldigheter vid inläringen i arbetet

Enligt arbetarskyddslagen (738/2002) skall den studerande iaktta de föreskrifter och anvisningar som arbetsgivaren meddelar i enlighet med sina befogenheter. Som arbetstagare skall den studerande även i övrigt iaktta den ordning och renlighet samt omsorgsfullhet och försiktighet som arbetet och arbetsförhållandena förutsätter och som behövs för att upprätthålla säkerhet och hälsa. Utöver allmänna skyldigheter föreskriver lagen också om skyldigheten att underrätta om fel och bristfälligheter och om användningen av personlig skyddsutrustning, arbetsredskap, farliga ämnen samt säkerhets- och skyddsanordningar.

5.2.6 Studerandehälsovårdens skyldigheter vid inläringen i arbetet

I lagstiftningen om yrkesutbildning konstateras att en person vars sjukdom eller handikapp utgör ett uppenbart hinder för att delta i utbildningen

inte kan antas som studerande. Den som ansöker om att bli antagen såsom studerande skall ge utbildningsanordnaren de uppgifter om sitt hälsotillstånd som behövs för beslut om antagning (lag om yrkesutbildning 630/1998, 27 §).

Inom studerandehälsovården bör man utreda den studerandes behov av hälsoundersökning före perioden av inläring i arbetet, särskilt när det gäller arbeten som innebär särskild risk för insjuknande. Dessutom är det enklast för arbetsplatsen att studerandehälsovården och företagshälsovården sinsemellan kommer överens om den eventuella skyldigheten att utföra hälsoundersökningar och t.ex. om vaccinationerna av studerande inom social- och hälsovårdsområdet.

Med tanke på inläringen i arbetet borde kompetensen inom studerandehälsovården, som ansvarar för de studerandes hälsovård, utvecklas så att den närmar sig företagshälsovården. Enligt lagen om unga arbetstagare (998/1993) skall unga arbetstagare genomgå hälsoundersökning. Hälsoundersökning krävs dock inte före en period av inläring i arbetet, om det är fråga om lätt affärs- eller kontorsarbete, arbetsförhållandet är avsett att pågå eller pågår högst tre månader eller om arbetstagaren kan uppvisa ett läkarintyg som inte är äldre än 12 månader och som tillräckligt klart utvisar att han är lämplig för arbetet. Det här intyget kan till exempel vara utfärdat av studerandehälsovården eller annars införskaffat för studierna. Om inga hälsoundersökningar har gjorts före inläringen i arbetet skall sådana göras snarast möjligt. Den tid på tre månader som avses i bestämmelserna räknas från den tidpunkt då den studerande har börjat utföra arbetet i fråga (till exempel redan vid läroanstalten).

Enligt förordningen om unga arbetstagare skall företagshälsovården anlitas vid bedömningen av de risker för hälsoskador för en ung arbetstagare som arbetet och arbetsförhållandena medför. Företagshälsovårdens sakkunskap borde användas när arbetet är förbundet med exempelvis psykisk belastning, kemisk exponering, fysikaliska eller biologiska faktorer, tunga lyft eller dåliga arbetsställningar.

5.2.7 Olycksfall under studierna och inläringen i arbetet

När ett arbetsolycksfall inträffar har den studerande rätt att få information om tillgången till vård från både arbetsgivaren och studerandehälsovården. Allvarliga olycksfall skall anmälas till arbetarskyddsdistriktet och polisen. Arbetsplatsen skall även omedelbart underrätta läroanstalten i fråga om olyckan bl.a. därför att det är läroanstalten som har tecknat olycksfallsförsäkring för den studerande (arbetsgivarens skyldighet att teckna olycksfallsförsäkring gäller personer i arbets- eller tjänsteförhållande). Olycksfall och olyckstillbud borde utredas även i samråd mellan arbetsplatsen och läroanstalten för att man skall kunna dra lärdom inför

framtiden. Allvarliga olyckor och olyckor med dödlig utgång är upprörande för alla parter. I en krissituation behövs det stöd. Närmare anvisningar för tillvägagångssättet vid de vanligaste arbetsolycksfallen i olika branscher finns bl.a. på utbildningsstyrelsens informationstjänst om inläring i arbetet www.edu.fi/tonet.

Lagen om ersättning för skada eller sjukdom som har uppkommit under studierelaterade förhållanden som är jämförbara med arbete (1318/2002) föreskriver om ersättning för olycksfall som inträffat under studierna. Enligt denna lag betalas ersättning för olycksfall som inte ersätts enligt lagen om olycksfallsförsäkring (608/1948) och som har lett till skada eller sjukdom. Lagen gäller grundskolans årskurser 7–10, gymnasier, yrkesutbildning, yrkesinriktad vuxenutbildning, yrkeshögskoleutbildning samt universitetsutbildning.

En förutsättning för utbetalning av ersättning är att olycksfallet har inträffat under förhållanden som är utmärkande för studierna medan den studerande, i läroanstalten eller på något annat ställe som anvisats eller godkänts av utbildnings- eller undervisningsanordnaren eller av läroanstaltens huvudman, i enlighet med läroplanen eller examensgrunderna deltagit i sådan praktisk undervisning, sådan inläring i arbetet eller sådan arbetspraktik som är jämförbar med arbete. Ersättning utbetalas också för olycksfall under resor till eller från arbetet. Däremot berättigar olycksfall som inträffat under exempelvis teorilektioner, gymnastiklektioner eller under mat- och andra raster inte till ersättning.

På ersättningspraxis tillämpas 8 § i lagen om olycksfallsförsäkring (608/1948). Enligt den skall arbetsgivaren uppta en försäkring för arbetstagaren i en försäkringsanstalt som är berättigad att i enlighet med denna lag giva försäkringar. Arbetarskyddsmyndigheterna skall övervaka att arbetsgivarna fullgör sin lagstadgade försäkringsskyldighet.

Olycksfallsskyddet täcker även tillfällig undervisning och inläring i arbetet som sker utomlands enligt grunderna för läroplanen eller examen.

Rekommenderad läsning:

- Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. 1997. Opas toiminnan suunnitteluun ja seurantaan. Sosiaali- ja terveysministeriö, Työterveyslaitos. Finns på: www.ttl.fi
- Savolainen A. 2001. Koulu työpaikkana. Työolojen itsearviointi ja kehittämistarpeet oppilaiden ja henkilöstön näkökulmasta. Acta Universitatis Tamperensis 830. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Suorsa-Aarnio K. 2003. Työturvallisuus ammatillisessa koulutuksessa. Opetusministeriö. Muistio 30.10.2003.
- Työ ja terveys Suomessa v. 2000. 2000. Työterveyslaitos. Helsinki. Finns på: www.ttl.fi
- Ullakonoja V. ja toimituskunta. 2003. Työturvallisuuslaki – soveltamisopas. Työterveyslaitos. Vammalan Kirjapaino Oy.
- Ullakonoja V. ja toimituskunta. 2003. Työturvallisuuslaki – soveltamisopas. Työterveyslaitos. Vammalan Kirjapaino Oy.

6 *De studerandes livssituation*

De studerandes livssituation är fylld av utmaningar. Fysiskt är livsfasen vanligen rätt frisk, men de resurskrävande utvecklingskriserna är många: den psykologiska utvecklingen till vuxen individ och den konkreta utvecklingen till en självständig individ i samband därmed. I de här processerna ingår stora beslut som gäller karriären och för många även par- och familjebildning. Till livssituationen hör också frågor som gäller livshantering och val av livsstil. Livssituationen återspeglar sig särskilt på den psykiska och upplevda hälsan. För att klara sig behöver ungdomarna stöd både från sin egen närmaste krets och från läroanstalten.

En utmaning för hälsovården är att så tidigt som möjligt upptäcka det bakomliggande problemet när en studerande uppvisar symptom och kunna ingripa i det. Samarbete med läroanstalterna är viktigt, eftersom orsakerna till stress ofta är relaterade till studierna. Studerandeorganisationerna är för sin del centrala samarbetspartners när det gäller livsstilsfrågor.

6.1 *Utmaningar under livsfasen och studierna*

Enligt det utvecklingspsykologiska livscykelänkandet kan en människas liv indelas i barndom, ungdom, tidig vuxen ålder, medelålder och sen vuxen ålder. Till varje fas hör typiska livssituationer, utmaningar och utvecklingsuppgifter. Gränserna mellan livsfaserna är inte alltid skarpa, utan det uppstår övergångsperioder och ofta överlappar faserna även varandra. I livscykelmodellen granskar man vilka frågor som är viktiga i en människas liv vid olika tidpunkter, med andra ord vad hon satsar sin tid och energi på. Ur psykologisk synvinkel bestäms livsstrukturen av utvecklingsuppgifter, som individen möter i vissa faser av livscykeln och som – om hon löser dem framgångsrikt – ger henne lycka och välfärd och främjar senare utvecklingsuppgifter. (Berger 2001.) Man bör dock hålla i minnet att ungdomarna kan vara i väldigt olika ålder när de börjar fundera på vissa saker.

Studerande på andra stadiet och inom den högre utbildningen är i regel ungdomar och unga vuxna. Begreppsparen barndom och ungdom samt ungdom och vuxen ålder är glidande särskilt när det gäller ungdom,

eftersom skillnaderna i biologisk, psykologisk och social utveckling kan vara stora mellan olika individer. När ungdomstiden infaller och hur lång den är varierar dessutom i olika kulturer och kan även variera mellan olika sociala grupper inom samma kultur (Hägglund ym. 1978).

Det finns flera olika definitioner på vilka levnadsår som hör till ungdomsperioden. Världshälsoorganisationen WHO definierar ungdomen som åren mellan 10 och 24 års ålder. Perioden 10–19 år kallas "adolescence" och perioden 15–24 år "youth" (WHO 1993). I Finland definierar barnskyddslagen (683/1983) personer under 18 år som barn och personer i åldern 18–21 år som unga. Socialt anses en person ha uppnått ställning som myndig vuxen person först efter att ha gått ut skolan, valt yrke och fått jobb och visat att han eller hon kan försörja sig själv och sin eventuella familj (Uusitalo 1985). De ungas uppgift i samhället anses vara att utveckla sig själva och inhämta färdigheter som behövs i framtiden.

Särskilt i västländerna har den utdragna studietiden lett till en förlängning av ungdomen som strukturell kategori. Begreppet motsvarar begreppet ungdom som social kategori, varmed avses tiden mellan cirka 10 och 30 års ålder, som börjar med pubertetsutvecklingen och fortsätter så länge den unga personen inte har realistiska möjligheter att bli självständig. (Hägglund ym. 1978.)

Till ungdomen hör den fysiska utvecklingen till vuxen individ, det sexuella uppvaknandet och stabiliseringen av personligheten. Unga människor lär sig tänka i hypoteser och har ett starkt behov av att utveckla sina kunskaper och färdigheter samt sig själva emotionellt. Unga vill experimentera och är intresserade av nya saker, men är samtidigt sårbara och utlämnade åt tillfälliga osäkerhetskänslor. Många unga, särskilt de som hör till sexuella minoriteter, har sin första parrelation med en person av samma kön först i tjugooårsåldern och söker fortfarande efter en egen sexuell självbild (Lehtonen 2003). Föräldrarnas stöd är fortfarande viktigt för de unga, men kamratgruppen med sina åsikter och beteendemodeller får allt större betydelse. Till utvecklingsuppgifterna i sen ungdom hör att emotionellt och ekonomiskt frigöra sig från föräldrarna, välja yrke och förbereda sig för det samt mogna till en socialt ansvarsställande individ. (Berger 2001; Hägglund ym. 1978.)

Följande livsfas efter ungdomen är tidig vuxenålder, som infaller mellan cirka 20 och 35 år. I början av den tidiga vuxenåldern är människan på topp vad gäller fysisk prestationsförmåga. Kognitivt utvecklas problemlösningsförmågan och särskilt genom utbildningen lär sig individen tolerans och att frågor inte alltid bara har ett enda rätt svar. Till utvecklingsuppgifterna i tidig vuxenålder hör bl.a. att tillägna sig en livsstil, moraliska normer och etiska principer, välja yrke, skapa relationer och bygga upp ett socialt nätverk samt bilda familj. (Berger 2001; Hägglund ym. 1978.)

Problemen och utmaningarna under livscykelns olika faser berör alla unga och unga vuxna. Studierna kan dessutom föra med sig många förändringar i livssituationen, som att flytta från föräldrarna till en ny

studieort, byta boendeform och skolgemenskap. Att bli självständig och leva under knappa ekonomiska omständigheter som studerande ofta gör leder till att de måste ompröva sina personliga vanor. Den nya studieorten eller åtminstone den nya skolgemenskapen för med sig en ny kamratkrets och eventuellt också nya fritidsaktiviteter. För unga som varit vana vid traditionell skolundervisning kan självständigheten, friheten och det personliga ansvaret för studiernas framskridande kännas främmande och till en början även svårt.

Trots studiepressen och de ekonomiska bekymren ger studietiden tillfälle till en helt ny frihet för den studerande då hemmets inflytande minskar och man ännu inte har gått ut i arbetslivet eller bildat familj. Studietiden erbjuder också mångsidiga möjligheter till fritids-, kultur- och föreningsverksamhet samt umgänge och fester. Under studietiden knyter man ofta vänskapsband för livet och det nätverk av sociala kontakter man då bygger upp kan också vara till nytta i arbetslivet. Universitetsstuderande kan till och med uppleva att de lär sig minst lika mycket av studielivet och vistelsen i universitetsmiljön som av sina egentliga studier (Aittola ja Aittola 1990).

Utländska studerande i Finland kan stöta på problem av många slag i en främmande kultur. De vanligaste är kommunikationssvårigheter, isolering och avsaknaden av ett stödjande nätverk. Även bland annat klimatet, maten, kvinnans ställning i det västerländska samhället samt de annorlunda uppfattningarna om sexualiteten kan medföra svårigheter. Att skapa sociala kontakter anses viktigt för att förebygga utländska studerandes problem. Tutorsystemet och boende i studentkollektiv har visat sig vara bra metoder som underlättar anpassningen till den nya studiemiljön och lindrar kulturchocken.

6.2 Den ekonomiska situationen och boendet

Studiestödet och bostadstillägget för studerande skapar den ekonomiska grunden för de högskolestuderandes liv. Utöver det finansieras uppehållet under studietiden med jobb, studielån, besparingar, stöd från föräldrar och make, sociala förmåner (bl.a. föräldraförmåner, utkomststöd) och kapitalinkomster. I oktober 2003 hade varannan högskolestuderande löneinkomster och bara 11 % hade inte haft något jobb alls under året. Cirka 40 % av de studerande hade studielån. Medianen för de högskolestuderandes inkomster var 680 euro i månaden. För omkring en fjärdedel var inkomsterna i oktober större än 1 000 euro och omkring var sjätte var tvungen att klara sig med inkomster som var mindre än 400 euro. Heltidsstuderande hade klart lägre medelinkomster än deltidsstuderande. I regel stiger de studerandes inkomster med åldern och antalet studieår. (Berndtson 2004.)

Inom yrkesutbildningen på andra stadiet är studiestödet lägre än för högskolestuderande. Därför är många unga yrkesstuderande av ekonomiska skäl tvungna att jobba vid sidan av studierna. Kombinerandet av jobb och studier under perioderna av inläring i arbetet gör många unga trötta, vilket bl.a. ökar risken för arbetsolyckor.

Boende och mat är de studerandes största utgiftsposter. En granskning av de universitetsstuderandes genomsnittliga konsumtionsstruktur mellan 1958 och 2003 ger vid handen att boende- och matkostnadernas andel har slutat öka medan bl.a. mobiltelefon- och datateknikkostnadernas andel ökar. (Berndtson 2004.) Bland universitetsstuderande har det konstaterats att en knapp utkomst är relaterad till omfattande psykiska symtom, särskilt hos män (Laaksonen 2005).

Chanserna att få jobb efter examen ger upphov till osäkerhet i de studerandes liv oftare än en knapp utkomst. Det här märks bl.a. i en ovilja mot att ta studielån och i att många jobbar under studietiden. En vanlig uppfattning är att jobb varvat med studier förlänger studietiden, men en undersökning bland universitetsstuderande bekräftade inte något sådant orsakssamband (Kurri 2006). Att få arbetserfarenhet inom den egna branschen redan under studietiden har visat sig vara bra för studiemotivationen och chanserna att få jobb efter examen (Aaltonen ym. 1997; Berndtson 2004).

När man ser till boendeformen och familjeförhållandena kan de högskolestuderande indelas i fyra kategorier: personer som bor hos föräldrarna, lever ensamma, lever i en parrelation (samboförhållande eller äktenskap) eller är ensamförsörjare. De studerandes boende kännetecknas för sin del av tre särdrag. Först och främst är de studerande trångbodda, eftersom bostaden ofta har bara ett rum. Ett annat typiskt fenomen är att man delar bostad, vilket innebär att den studerande inte har hela boendereviret till sitt förfogande. Exempel på detta är gemensamma kök eller hygienrum på internat, att man är inneboende eller hyr en bostad på fria marknaden och delar den med vänner. Ett tredje särdrag är att boendet är temporärt. Alla tre dragen hör samman med studierna som livsfas, med snabba förändringar i förhållandena och låg inkomstnivå jämfört med den övriga befolkningen. (Lempinen ja Tiilikainen 2001.)

Studerande på andra stadiet bor ofta på annan ort på grund av studierna redan i mycket unga år. De kan till exempel bo på ett avgiftsfritt internat som upprätthålls av utbildningsanordnaren.

I ett längre tidsperspektiv har trenden i fråga om de studerandes boende gått mot självständigt boende. På 1940–50-talet var antalet studerande bara en bråkdel jämfört med i dag och de bodde huvudsakligen hos föräldrar eller andra släktingar eller som inneboende. Sedan sextiotalet har det blivit vanligare att de studerande är huvudhyresgäster. Byggandet av studentbostäder syns i boendeformerna från 1970-talet framåt och i början av 2000-talet bor sammanlagt cirka 60 000 studerande med familjemedlemmar i Finlands 18 studentbostadsstiftelser (Lempinen ja Tiilikainen 2001.)

År 2003 bodde tre av fyra högskolestuderande på hyra och över hälften av dem i annan bostad än studentbostad. De studerandes genomsnittliga boendeutgifter var cirka 300 euro i månaden. Den klart största delen av de studerande var tillfreds med sitt boende. Missnöjdast var de studerande i huvudstadsregionen, vilkas genomsnittliga boendekostnader var högst i landet. (Berndtson 2004.)

6.3 Familjeformen

I de senaste undersökningarna bland högskolestuderande (Berndtson 2004; Erola 2004; Kunttu ja Huttunen 2005), har de studerandes familjeform granskats utifrån boendet. Största delen av de studerande (43–46 %) bor ensamma i eget hushåll. Jämfört med hela befolkningen i åldern 18–30 år bor fler studerande ensamma. Enligt en befolkningsundersökning är omkring en fjärdedel av befolkningen i den här åldern ensamboende. (Koskinen ym. 2005.) En tredjedel av de högskolestuderande bor på tu man hand med sin partner.

Sex procent av de studerande bor med make och barn medan en procent är ensamförsörjare. Det genomsnittliga antalet barn är 1,3. I dag har färre studerande familj och barn än år 2000, då 15 % av de studerande hade barn (Lempinen ja Tiilikainen 2001). Jämfört med den övriga befolkningen i samma ålder har de studerande få barn. Av hela befolkningen i åldern 18–29 år har en dryg femtedel barn. Ser man på universitetsstuderande är skillnaden ännu markantare. Av kvinnorna under 35 år som avlägger akademiska studier har bara 8 % barn, medan motsvarande siffra för den övriga kvinnliga befolkningen i samma ålder i Finland är 38 % (Virtala ja Kunttu 2006).

Till den finländska kulturen hör att högskolestuderande sällan bor kvar hos sina föräldrar, även om de skulle finnas på samma ort. Av de universitetsstuderande under 22 år bor bara drygt 10 % i sitt barndomshem och redan i följande åldersgrupp går andelen ner till några få procent (Kunttu ja Huttunen 2005). I hela befolkningen bor 26 % av männen i åldern 18–30 år hos sina föräldrar och 11 % av kvinnorna (Koskinen ym. 2005). Av de studerande bor 7–9 % i kollektiv. Bland de studerande finns också familjer och parrelationer mellan personer av samma kön.

6.4 Den psykosociala miljöns inverkan på hälsan och hälsobeteendet

Den psykosociala miljön består av de psykologiska och sociala faktorer som individen samspelar med. Dit hör *individens inneboende resurser*, som är en kombination av medfödda och förvärvade egenskaper. Dit hör

även *individens närmiljö*, som han är knuten till som medlem av en familj, ett jobb, studier eller en fritidsgemenskap. Även *de övergripande sociala systemen* anses höra till den psykosociala miljön. (Bäckman 1987.)

I senare forskning har man fäst uppmärksamhet vid socioekonomiska hälsoskillnader. Det har visats att personer med hög socioekonomisk ställning håller sig friskare och att har ett hälsobeteende som ligger närmare rekommendationerna än personer med sämre ställning (Prättälä ym. 2002; Karvonen ja Rahkonen 2002). Beteendet förmedlas också vidare till familjens barn, eftersom föräldrarnas exempel bland annat påverkar de ungas rökning, alkoholkonsumtion och andra vanor som påverkar hälsan (Rahkonen 1994) och detta inflytande fortsätter från ungdomen in i vuxenåldern (Huurre ym. 2002). Undersökningar bland skolelever visar att elever som klarar sig dåligt i skolan oftare uppvisar ett riskbeteende än elever som klarar sig bra. Man har också observerat att hälsobeteendet i ungdomsåren börjar följa beteendet i den social- och utbildningsgrupp som den unga personen inriktar sig på, i fråga om såväl skolframgång som skolval (Koivusilta ja Rimpelä 2002). Skillnaderna i hälsobeteende har antagits bero på bl.a. socialgruppernas annorlunda normer och på gruppernas förmåga att få medlemmarna att anpassa sig till dessa normer. De ungas familjebakgrund inverkar inte bara på hälsan och hälsobeteendet utan även på valet av utbildning, så att barn i familjer med hög utbildning i mycket stor utsträckning söker sig till universiteten (Nurmi 1998).

Ett bra socialt stöd skyddar hälsan självständigt oberoende av socioekonomisk ställning. Detta framkom även i en finländsk undersökning bland studerande, där förstaårsstuderande med trygga och mångsidiga sociala relationer uppvisade mindre stress och andra symtom under den femåriga uppföljningsperioden. Dessutom var deras upplevda hälsa bättre än hos studerande med bristande socialt stöd. (Kunttu ym. 2002.) Ett bra socialt stöd påverkar hälsan bl.a. genom att förebygga negativa effekter av stress, stärka självbilden och självkänslan och erbjuder även rent konkret en bättre omsorg. De sociala relationerna i tidig vuxenålder är ett resultat av barndomsfamiljen, kamratkretsen, skolans, fritidsaktiviteterna och andra faktorer som formar personligheten; de skapar en grund för sociala relationer i vuxen ålder. Studiemiljön utgör en central del av den studerandes sociala närmiljö, såväl skolgemenskaperna som de studerandes egna fritidsgemenskaper. Ett bra stöd från studiemiljön är en viktig hälsoresurs.

Bristen på sociala relationer kan jämföras med traditionella riskfaktorer för hälsan såsom rökning eller fetma. Att de sociala relationerna bryts till exempel på grund av byte av bostads- eller studieort kan göra de studerande mera utsatta för ensamhet och dess negativa effekter (Peplau 1985). Av de universitetsstuderande kände sig 4 % ofta ensamma. Likaså saknade 4 % samtalsstöd, men hela 16 % av de manliga studerande i åldern 19–21 år. (Kunttu ja Huttunen 2001). I gymnasiet svarade 12 % av männen och 4 % av kvinnorna och inom yrkesutbildningen 13 % av

männen och 5 % av kvinnorna att de inte har en enda vän som de kan anförtra sig åt (Stakes 2004).

Grunden för studerandes hälsa och hälsobeteende skapas alltså bland annat av individens tidigare erfarenheter och sociala miljöer, arvsanlagen och föräldrarnas socioekonomiska ställning. Man kan också tala om individens "hälsokarriär", varmed avses den livslånga process under vilken individens hälsoresurser byggs upp, förbrukas och förnyas (Koivusilta ja Rimpelä 2002). Under studietiden är hälsokarriären förknippad med bl.a. följande risker:

- 1) de psykologiska utvecklingsuppgifter som hör till livsfasen löses på ett ogynnsamt sätt
- 2) problem orsakade av livsförändringar
- 3) bristande stöd från sociala relationer i privatlivet eller studierna
- 4) bristande diagnos och behandling av hälsoproblem
- 5) livsstilsrisker. (Kunttu 2004a.)

Hälsobeteendet är en del av individens livsstil, som innefattar hälsovanor, fritidsaktiviteter, sociala relationer och även skolorientation (Hallman ym. 1992). De studerandes fritidskultur kan vara väldigt tärande. Livsrytmen är ofta oregelbunden, det är fart och nattvak, alkoholkonsumtion och eventuellt även bruk av andra droger. Den andra ytterligheten är ensamhet, isolering och att man gräver ner sig i studierna på det övriga livets bekostnad. Livsstilsval som man gjort i unga år, till exempel fysisk aktivitet eller passivitet, alkoholkonsumtion, stresshanteringsmetoder och social delaktighet påverkar individens hälsa och välfärd under en lång tid framöver.

Rekommenderad läsning:

- Kangas I, Keskimäki I, Koskinen S, ym. (toim.). 2002. Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita.
- Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J, (toim.) 2005. Suomalaisten terveys. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy.
- Koskinen S. 2006. Sosioekonomiset terveyserot – Suomen kansanterveyden keskeinen ongelma. Kansanterveyslehti 1/2006.

7

De studerandes hälsoproblem – särdrag

Trots att studerande är i den ålder när de rent fysiskt är som allra friskast, behöver de flesta av dem hälsotjänster såsom glasögon och tandvård. De studerande har också ofta besvär av olika slag, men ändå är bilden av en sorglös och välmående studerande seglivad. Bakom besvären finns ofta stress som orsakas av livsfasen och studierna samt osunda levnadsvanor, men även fysisk och psykisk sjukdom.

7.1 Långtidssjukdomar

Enligt enkäten Hälsa i skolan 2000 led 8 % av männen och 10 % av kvinnorna i gymnasierna av en läkardiagnostiserad långtidssjukdom som störde det dagliga livet. Motsvarande siffror för yrkesstuderande var 10 % av männen och 13 % av kvinnorna.

Enligt delundersökningen som gällde unga vuxna i undersökningen Hälsa 2000 uppgav en fjärdedel av svarspersonerna i åldern 18–29 år åtminstone en kronisk, långvarig sjukdom, fel eller åkomma som har minskat personens arbets- eller funktionsförmåga. Skillnaderna var stora mellan olika utbildningsgrupper: i den högsta utbildningsgruppen var andelen långtidssjuka bara litet över 15 %, men i den lägsta närmare 35 % (Koskinen ym. 2005).

För att få en bild av behovet av hälsotjänster kartlade man i en hälsoundersökning bland universitetsstuderande (Kunttu ja Huttunen 2005) alla långvariga eller återkommande sjukdomar, fel eller skador som diagnostiserats av läkare, tandläkare eller psykolog och som har orsakat symtom eller krävt behandling under det senaste året. Av männen uppgav 64 % och av kvinnorna 77 % att de hade sådana (Tabell 6). De vanligaste var synfel som krävde glasögon samt karies, problem som inte stör det dagliga livet när de väl har behandlats. En fjärdedel hade allergiska sjukdomar, medan mindre än 10 % hade andra sjukdomar.

Det har konstaterats att ungdomar med somatiska långtidssjukdomar i allmänhet är under god tvärprofessionell behandling, men depressioner hos ungdomar blir ofta oidentifierade och därmed obehandlade (Karlsson ym. 2005). En förutsättning för att behandlingen av kroniska sjukdomar hos studerande skall kunna ordnas i samarbete mellan primärvården och den specialiserade sjukvården är att man bygger upp klara och tydliga vårdvägar. Mer om detta i kapitel 9.

Tabell 6. Av läkare, tandläkare eller psykolog diagnostiserade sjukdomar hos universitetsstuderande (n=5 030) åren 2000 och 2004 (%)

Sjukdom	2000 (%)		2004 (%)		Alla (%)		Personer sammanlagt (n)	
	män	kvinnor	män	kvinnor	2000	2004	2000	2004
Ingen sjukdom, fel eller skada	34	24	36	23	28	28	862	859
Synfel (glasögon)	27	37	25	31	33	29	988	883
Karies	26	29	26	29	27	28	826	871
Allergisk snuva eller ögoninflammation	16	20	16	18	19	17	566	530
Atopiskt eksem	6	12	7	11	10	10	286	302
Hudsjukdom, svår acne (ej atopiskt eksem)	6	8	5	8	8	10	230	225
Gynekologisk sjukdom	-	9	-	8	9	8	169	157
Sjukdom i öron, näsa eller hals	7	8	5	8	7	7	219	222
Inflammerad visdomstand	6	7	6	8	7	7	202	218
Migrän	3	7	3	8	7	6	163	196
Laktosintolerans	6	7	5	7	7	6	198	191
Depression	3	4	3	6	4	5	108	153

Källa: Kunttu ja Huttunen 2001, 2005

Uppgifter om de undersökta finns i bilaga 4.

7.2 Upplevd hälsa och besvär

Det upplevda hälsotillståndet är ett subjektivt mått på hälsan. Fördelar med måttet är att individens intuitiva känslor kommer fram och att man kan granska den positiva sidan av hälsotillståndet, upplevelsen av en god hälsa.

De flesta studerande upplever att deras hälsotillstånd är gott (Tabell 7). Andelen varierar litet med utbildningen så att andelen personer som upplevde sitt hälsotillstånd som gott var störst (85–87 %) bland universitetsstuderande och minst bland studerande vid yrkesläroanstalter, men även där var andelen 73–80 %. När det gällde personer som upplevde att deras hälsotillstånd var dåligt förelåg inga skillnader mellan utbildningsformerna.

Symtomen och besvären kompletterar bilden av den upplevda hälsan. De studerande hade rätt mycket besvär (Tabell 8). Bland de universitetsstuderande hade 30 % av männen och 45 % av kvinnorna åtminstone någon form av besvär varje dag. Vanligast var trötthet och besvär från nacke och axlar samt på andra stadiet irritation och vredesutbrott. Även sömnstörningar, psykisk spänning, snuvbesvär och huvudvärk var vanliga.

Tabell 7. De studerandes egen bedömning av sitt hälsotillstånd 2000 och 2004* (%)

* studerande vid yrkesläroanstalter 2000 och 2005

Studerande	Gott				Medelmåttigt				Dåligt			
	2000		2004		2000		2004		2000		2004	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Gymnasieelever ^{1, (2)}	83	78	85	78	15	21	14	19	2	2	2	2
Studerande vid yrkesläroanstalter ^{3, (4)}	80	73	83	81	17	25	15	16	3	2	2	3
Yrkehögskolestuderande ⁵			83	83	-	-	14	14	-	-	3	3
Universitetsstuderande ^{6, (7)}	87	85	86	85	11	13	12	13	2	2	2	2

Källor: ¹ Stakes 2004, ⁽²⁾ Stakes 2000, ³ Holappa 2005, ⁽⁴⁾ Stakes 2000, ⁵ Erola 2004,

⁶ Kunttu ja Huttunen 2005, ⁽⁷⁾ Kunttu ja Huttunen 2001

Uppgifter om de undersökta finns i bilaga 4

Tabell 8. Fysiska och psykiska besvär som förekommer minst en gång i veckan hos de studerande (%)

Fysiska och psykiska besvär	Gymnasieelever		Studerande vid yrkesläroanstalter		Yrkehögskolestuderande		Universitetsstuderande	
	2000 ¹⁾		2000 ²⁾		2004 ³⁾		2004 ⁴⁾	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Smärtor i nacke eller axlar	19	47	20	47	19	40	13	35
Smärtor i nedre delen av ryggen	13	18	17	22	15	20	10	14
Magsmärtor	8	15	8	18	8	17	8	11
Huvudvärk	15	37	17	39	9	25	7	20
Trötthet eller orkeslöshet	32	55	27	48	17	20	19	37
Astmabesvär	2	3	3	4	-	-	-	-
Allergisk snuva	11	12	10	14	-	-	-	-
Snuva eller nästäppa	-	-	-	-	19	21	20	23
Psykisk spänning eller nervositet	22	35	19	31	18	23	14	22
Irritation eller vredesutbrott	21	45	23	39	-	-	-	-
Insomningsproblem eller uppvaknande på natten	22	29	20	30	21	18	18	25

Källor: ¹⁾ Stakes 2000, ²⁾ Stakes 2000, ³⁾ Otus rs, ⁴⁾ Kunttu ja Huttunen 2005

Uppgifter om de undersökta finns i bilaga 4.

Det är värt att notera att det råder en konflikt mellan den stora mängden besvär och att hälsan ändå upplevs som god. Besvär betyder att någonting är på tok. Det kan röra sig om ett biologiskt eller psykologiskt fel, och det kan bero på livssituationen, livsstilen eller relationerna. Besvär som tecken på fysisk sjukdom eller ohälsosamma levnadsvanor är lätta att förstå, men största delen av de här besvären kan inte förklaras med något av dessa.

Stress och bristande förmåga att hantera stress hör till de viktigaste bakgrundsfaktorerna bakom psykosomatiska besvär. Under studieåren sker stora förändringar i den psykologiska utvecklingen och livssituationen, förändringar som kräver psykiska resurser. Relationsproblem, studiesvårigheter eller ekonomiska problem kan då lätt medföra överbelastning, stress, och stressrelaterade symtom. De studerande omges av stora livsförändringar, krav och utmaningar - med relativt liten livserfarenhet. Utan tillräckligt psykiskt stöd är det svårt att klara av allt detta. Nutidens åtminstone skenbart oändliga valmöjligheter innebär också en press; valsituationer är alltid förbundna med osäkerhet. Det kan vara tungt att fatta beslut utan att ha ett bra stöd. Känslan av osäkerhet och otrygghet kan få en studerande att uppleva olika fysiska känslor som hotfulla symtom som ökar otryggheten ytterligare.

Att vara sjuk kan också vara ett respektabelt skäl att ta en paus, vila litet och inte behöva prestera perfekt. Särskilt universitetsstuderande är ofta perfektionistiska och många kräver för mycket av sig själva. Unga personer har ofta en rätt mekanistisk människosyn: kroppen måste tåla vad man vill att den skall tåla. Man inser inte att en människa inte alltid kan vara på topp.

En utmaning för hälsovården är att inse besvärens många innebörder, inte bara som tecken på sjukdom. Yrkespersonalen inom studerandehälsovården bör inte bara kunna diagnostisera sjukdomar som kräver behandling, utan också kunna möta oron och osäkerheten hos en studerande med symtom och besvär utan att nedvärdera patienten och stämpla honom eller henne som någon som klagar i onödan, men så att man ändå inte förstärker fokuseringen på symtomen. På mottagningen gäller det att kunna agera så att den studerande får mera kunskap och förståelse för sig själv. Utifrån det här perspektivet finns det inga "onödiga besök".

Rekommenderad läsning:

Hyypä M. 1997. Tunteet ja oireet. Uusin psykosomatiikka. Kirjayhtymä.
Kunttu K, Virtala A, Huttunen T. 2004. Yliopisto-opiskelijoiden koettu terveys ja oireilu. Julkaisussa Oireilevan opiskelijan viesti? Tutkimuksia korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2000 -aineistosta. Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 63, Helsinki 2004:35 – 53.

Läsning för studerande:

Martin M, Kunttu K. 2006. Psykosomaattinen oireilu – opas.
Finns på www.yths.fi → Tutkimukset → Oppaat ja selvitykset.

7.3 Användningen av läkemedel och naturmedel

Användningen av läkemedel som ordinerats av läkare följer självfallet förekomsten av långtidssjukdomar. Av männen som studerar på andra stadiet använde var tionde och av kvinnorna var femte läkemedel som ordinerats av läkare (Stakes 2000). Tabell 9 innehåller uppgifter ur enkäten Hälsa i skolan 2000 om läkemedel som de studerande på andra stadiet hade använt under den senaste månaden, såväl receptbelagda som egenvårdsläkemedel. Av de universitetsstuderande hade 8 % av männen och 15 % av kvinnorna regelbunden medicinering som ordinerats av läkare, för kvinnorna ingår även p-piller som ordinerats för behandling av sjukdom. Av männen hade 13 % och av kvinnorna 22 % ordinerats läkemedel att ta vid behov. Var tionde använde salvor som ordinerats av läkare. (Kunttu ja Huttunen 2005.)

Användningen av läkemedel är inte bara relaterad till behandling av långtidssjukdomar utan även till lindring av de vanligaste besvären, vilket också säger något om hur vanliga dessa besvär är. Läkemedel mot huvudvärk användes allmänt: under den senaste månaden hade 70-80 % av de studerande på andra stadiet använt sådana. I en undersökning bland beväringar var användningen av smärtstillande egenvårdsläkemedel i samma storleksklass (Linden 2005). Varannan universitetsstuderande använder handköpsmediciner åtminstone varje månad och en av tio varje vecka (Kunttu ja Huttunen 2005).

Bland universitetsstuderande, särskilt kvinnor, är det vanligt att ta naturmedel, dvs. vitaminer, mineraler eller andra läkemedelsliknande produkter regelbundet. Av männen använder 23 % och av kvinnorna 35 % sådana produkter regelbundet eller ofta (Kunttu ja Huttunen 2005). Användningen är vanligare än bland den övriga befolkningen i samma ålder (Virtala ym. 2004).

Vitaminer och stärkande läkemedel används både för att upprätthålla hälsan och behandla besvär. Bland de universitetsstuderande kunde man se att användningen av naturmedel hade samband med hälsosamma motionsvanor och hos männen även med god fysisk kondition och hälsosamma matvanor. Å andra sidan hade regelbunden användning av naturmedel samband med somatiska och psykiska symtom och besvär och hälsa som upplevdes som dålig samt flitigt anlitan av hälsovårdstjänster och omfattande användning av sedvanliga läkemedel. När det gällde sjukdomar som diagnostiserats av läkare hade användningen av naturmedel hos kvinnorna samband med astma, allergi och åttörningar (Virtala ym. 2004.) Motsvarande tudelning i fråga om användningen av vitaminer och spårämnen framkom även i beväringundersökningen: dessa preparat användes mest av beväringar vars levnadsvanor ansågs vara hälsosamma. Å andra sidan använde beväringar som hade prövat på narkotika naturmedel och koffeintabletter oftare än andra. (Linden 2005.)

Hälsovårdspersonalen gör klokt i att sakligt fråga ut de studerande om användningen av naturmedel och naturprodukter, eftersom till exempel allergiker kan få symtom även av dem.

Användningen av p-piller tas upp i kapitel 8.6.7.

Tabell 9. Användningen av läkemedel bland studerande på andra stadiet under månaden närmast före enkäten år 2000 (%)

Läkemedlets användningsändamål	Gymnasieelever		Studerande vid yrkesläroanstalter	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Huvudvärk	70	81	75	86
Förkylning, feber, hosta	55	55	52	53
Annan värk	37	71	39	66
Vitaminer, mineralpreparat	40	51	29	45
Allergisk snuva	27	22	24	22
Magbesvär, förstoppning	7	17	7	18
Astmabesvär	8	8	9	8
Kropp-, muskelbyggnad	8	1	12	1
Psykisk spänning, nervositet	2	3	5	4
Sömnlöshet	2	2	4	3
Bantning	2	2	2	4
Insulin vid diabetes	2	1	3	1
Andra besvär eller ändamål	22	35	17	34

Källa: Stakes 2000

Uppgifter om de undersökta finns i bilaga 4.

7.4 Allergier och hudsjukdomar

Atopiska sjukdomar, atopiskt eksem, allergisk snuva och astma är den vanligaste gruppen av kroniska sjukdomar bland ungdomar i Finland: hela 44 % av ungdomarna har någon gång haft någon av dessa sjukdomar (Aalto-Korte ym. 2003). Av de vuxna har 15–20 % allergisk snuva och av 12–18-åringarna hela en fjärdedel. Av de unga har 5–7 % astma, medan hela en femtedel har pipande andning och lika många atopiskt eksem. (Haahtela ym. 1999.) Förekomsten av allergisk snuva och astma i undersökningen Allergia 95 bland universitetsstuderande (Kilpeläinen 2001) och i studerandeundersökningar på 2000-talet motsvarar dessa siffror (Stakes 2000; Kunttu ja Huttunen 2005.) (Tabellerna 5, 7 och 8.)

Allergisk snuva anses många gånger vara en obetydlig krämpa och patienter med denna sjukdom betraktas ofta som s.k. lätta patienter i hälsovården och behandlas helt enkelt genom att man förnyar recepten

utan att sätta sig in i patientens situation. Allergi som ger besvär försämrar dock livskvaliteten och studieförmågan avsevärt. Sjukdomen orsakar inte bara snuva utan ofta även huvudvärk, trötthet och illamående. Dessutom försämrar den nattsömnen, vilket leder till trötthet under dagen. Allergisk snuva ökar risken för luftvägsinflammationer och astma, och ofta får personen även ögoninflammation. Pollenallergi medför även risk för korsallergi mot färsk frukt och grönsaker. Undvikande av allergener leder ofta till sociala begränsningar och påverkar även yrkesvalet (Rönnemaa ym. 2004.)

I en undersökning bland universitetsstuderande (Rönnemaa ym. 2004) kunde man konstatera att studerande med allergisk snuva har mycket besvär. Det visar att behandlingen inte alltid är optimal. Dessa personer upplever också sitt hälsotillstånd som sämre än andra. Förutom luftvägssymtom har de också ofta besvär från övre delen av magen. Kvinnor med allergisk snuva använde rikligt med naturprodukter och åt mera sött än andra.

Förutom atopiskt eksem är acne det vanligaste hudproblemet bland studerande. För studerande som ofta är osäkra på sitt utseende har acne stor betydelse. Acne kan oftast behandlas med p-piller och lokal behandling, men det finns också svåra fall som kräver specialistbehandling.

Nickelallergi har blivit betydligt vanligare under de senaste decennierna. Upp till 40 % av de universitetsstuderande har nickelallergi. Insjuknandet är beroende av antalet piercingar. 42 % av kvinnorna med piercingar, till exempel örhängen, har nickelallergi. Däremot förekommer nickelallergi bara hos 14 % av kvinnorna utan piercingar. (Mattila ym. 2001.)

Allergiska sjukdomar bör beaktas vid yrkesvalet, men grundprincipen för dagens yrkesvägledning är att man försöker undvika absoluta begränsningar. Ungdomar som har haft allergiska sjukdomar bör informeras om vilka arbetsuppgifter som är riskabla och få råd om allergier, till exempel anvisningar om hur de kan skydda sig (Aalto-Korte ym. 2003).

Rekommenderad läsning:

Astma, Käypä hoito -suositus. Duodecim, www.kaypahoito.fi

Läsning för studerande:

Huovinen M. (toim.) 2002. Astma. Duodecim.

Allergiförbundets och Andningsförbundets patientguider om allergier och astma.

7.5 Sjukdomar i och besvär från stöd- och rörelseorganen

Besvär från nacke och axlar är vanliga hos finländska ungdomar, särskilt kvinnor. Enligt enkäten Hälsa i skolan (Stakes 2000) har nästan hälften av kvinnorna som studerar på andra stadiet sådana besvär åtminstone varje

vecka, mot en femtedel av männen. Enligt hälsoundersökningen bland unga vuxna (Koskinen ym. 2005) hade nästan dubbelt så många kvinnor (34 %) som män (18 %) haft ont i nacken under den senaste månaden; för universitetsstuderande är situationen likartad. (Tabell 8).

Ergonomiska faktorer har andel i besvärens uppkomst (Vårdrekommendationsgruppen 2002). Cirka två timmar per dag framför datorn verkar vara den gräns efter vilken en del ungdomar börjar få besvär från nacken. Unga vuxna i tjugoårsåldern som jobbar i it-branschen har visat sig vara en ny patientgrupp med svåra nackbesvär. De har till och med fått förändrad hållning, bland annat framskjutet huvud, vilket förr var typiskt för medelålders sömmerskor (Salminen 2005).

Besvär från nacke och axlar i ungdomsåren förebådar samma symtom även i vuxen ålder (Siivola 2003). Studerande som har besvär från nacke och axlar upplever att deras hälsotillstånd och fysiska kondition är sämre än de som inte har nackbesvär och de har också andra fysiska och psykiska besvär i högre grad än andra (Castrén 2004). En uppföljande undersökning har visat att psykosomatiska stressymtom förebådar förekomsten av nack- och axelbesvär i vuxen ålder (Siivola 2003). Besvär från nacke och axlar är alltså inte renodlade besvär från stöd- och rörelseorganen, utan man måste också beakta den studerandes psykiska belastning.

Frakturer på grund av osteoporos, dvs. benskörhet, har ökat betydligt under de senaste decennierna. Barn- och ungdomsåren är en kritisk period med tanke på utvecklingen av benmassan och skelettets mineraltätet. Benmassan ökar gradvis och når sitt maximum vid cirka 20 års ålder. Av den maximala benmassan är cirka 80 % genbetingad och 20 % miljöbetingad. Skelettet förnyas dock under hela livet genom inverkan av flera olika faktorer. För unga studerande är hörnstenarna i förebyggandet av benskörhet regelbunden motion som är tillräckligt belastande, näringsriktig kost (D-vitamin och kalcium), hälsosamma levnadsvanor (att inte röka och att undvika överkonsumtion av alkohol) samt god behandling av sjukdomar som ökar risken för benskörhet. (Vårdrekommendationsgruppen 2000; Arokoski ym. 2001; Arikoski ym. 2002.)

Studerande som undviker mjölk eller bantar kan få för lite kalcium och D-vitamin. Osteoporosrisk föreligger särskilt för anorektiker och ungdomar som följer en sträng vegetarisk diet. Sjukdomar som ökar risken för osteoporos är t.ex. ledgångsreumatism, sköldkörtelsjukdom, epilepsi, diabetes, cancersjukdom, keliaki och svår laktosintolerans.

7.6 Tarmsjukdomar och -besvär

Magbesvär hör till de vanligaste besvären även bland studerande (Tabell 8). Besvären torde till största delen ha funktionella orsaker eller ha samband med allergier eller problem med näringsupptagningen, men man bör också beakta möjligheten att det kan röra sig om typiska kroniska

sjukdomar som uppträder vid unga år, såsom reflux, keliaki och inflammatoriska tarmsjukdomar. Enligt undersökningen av unga vuxnas hälsa förekommer de två sistnämnda hos 0,4 % av de unga vuxna (Koskinen ym. 2005).

En mycket vanlig åkomma som särskilt kvinnliga studerande klagar över är gasbesvär och svullnad. Problem med näringsupptagningen eller oregelbundna och ohälsosamma matvanor kan ligga bakom besvären, men den platta mage som är dagens ideal kan också få en att tycka att magen putar. Även om laktosintolerans kan påvisas hos inemot en femtedel av befolkningen (Koskinen 2005), är det betydligt färre som har besvär. Av de universitetsstuderande har 6 % diagnostiserad laktosintolerans. Världligt många studerande misstänker själva laktosintolerans och har redan börjat undvika mjölkprodukter för säkerhets skull. Därmed följer de ofta i onödan en diet som inte ger dem tillräckligt med kalcium. Patienterna är ofta inte medvetna om skillnaden mellan mjölkallergi och laktosintolerans. Därför är det motiverat att ge tillräcklig information och vid behov anvisningar om hur patienten kan pröva med att undvika mjölk eller göra toleranstest.

7.7 Infektionssjukdomar

En betydande del av mottagningsbesöken görs på grund av infektionssjukdomar. Över hälften av de studerande på andra stadiet har använt förkylningssläkemedel under den senaste månaden. Patienter som besöker mottagningen på grund av en kortvarig förkylning behöver särskilt information om orsakerna till vanlig förkylning, hur länge den räcker och hur den kan behandlas, detta för att de i framtiden skall veta när det är befogat att söka vård.

Urinvägsinfektion är en vanlig åkomma bland unga kvinnor. Samlag provocerar infektioner och det är vanligt att den studerande först har varit på mottagningen för att få sina första p-piller utskrivna och kort därefter kommer tillbaka på grund av urinbesvär. Hos en del kvinnor blir infektionerna återkommande. Enligt nuvarande direktiv kan behandlingen oftast inledas utan provtagning och även på egen hand. Eftersom det är fråga om en vanlig åkomma som ofta ger mycket besvär är det viktigt att patienten får tillräckligt med information om sjukdomen. Hälsovården bör ha en klar vårdväg för undersökning och behandling av patienter med urinbesvär, så att ärendet sköts smidigt ur den studerandes synvinkel och effektivt ur hälsovårdens synvinkel (Bilaga 12, Vårdpraxis för patienter med urinbesvär).

Hos unga kvinnor orsakar gynekologiska besvär ofta osäkerhet. Varför uppkommer flytning, vad är normalt, vad är avvikande? Skall svampinfektion behandlas och behöver även partnern behandling? Det skall finnas lättillgänglig information om detta. Bland annat är det bra att informera

om nackdelarna med trosskydd och om användning av glidmedel i samband med kondom.

Av dem som smittas av klamydia får 90 % smittan i Finland och 60 % av fallen konstateras hos kvinnor. Efter att länge ha varit på nedgående började klamydiainfektionerna igen öka i mitten av 1990-talet. Ökningen har relativt sett varit störst bland kvinnor och män under 20 år. I dag konstateras redan en tredjedel av kvinnornas klamydiainfektioner hos personer under 20 år. Riskfaktorer för klamydia är låg ålder, tidig sexuell debut, tidigare smitta, ett stort antal sexpartners samt hos kvinnorna användning av p-piller – vilket ofta innebär att de tycker att kondom inte behövs. Orsaker till klamydiaepidemin är okunskap om smittvägarna och sjukdomens följder och om att sjukdomen inte nödvändigtvis ger symtom. (Hiltunen-Back 2004; Hiltunen-Back ja Reunala 2005.)

Vid screeningar på familjeplaneringsrådgivningen i Björneborg har klamydia konstaterats hos hela 7–12 % av flickorna i åldern 15–20 år (Nurmi 2005). Vid SHVS screeningar under det första studieåret konstaterades klamydia hos bara 1,4 % (Paavonen ym. 2005). Enligt en undersökning från 2004 bland universitetsstuderande har 7 % av kvinnorna och 5 % av männen haft klamydia någon gång i sitt liv (Kunttu ja Huttunen 2005).

Papillomvirusinfektioner hör till den gynekologiska problematiken hos unga kvinnor. HPV-infektion är den vanligaste sexuellt överförda smittsamma sjukdomen: hela 80 % av finländarna har smittats med papillomvirus någon gång i sitt liv. De flesta infektionerna leder inte till kondylom som kan upptäckas med blotta ögat, och man borde inte alls använda benämningen vårtor om dessa förändringar utan i stället tala om papillomvirusinfektion eller HPV-förändring. Ju större risken för smitta är, desto oftare är det befogat att ta papa-prov. Största delen av papa-förändringarna hos unga kvinnor beror på papillomvirusinfektion. Det väsentliga är att följa med de här förändringarna.

I de yttre könsorganen är övergången mellan hud och slemhinna tunn och skör och där finns ofta små sår. Kondylomviruset sätter sig lätt där, vilket förstärker klådan från såren. Ibland är det fråga om en envis diffus klåda, som man ofta resultatlöst försöker behandla med upprepad mediciner mot svamp, eftersom de flesta tror att klådan beror på "kronisk" svampinfektion. (Polvi 2005.)

Rekommenderad läsning:

Kosunen E, Ritamo M (toim.) 2004. Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen, Stakesin raportteja 282. Helsinki.

Virtsatieinfektioit, Käypä hoito -suositus, www.kaypahoito.fi

Läsning för studerande:

Kunttu K. Naiselle, tietoa valkokuodosta ja kutinasta, finns på www.yths.fi
→ Tutkimukset → Oppaat ja selvitykset.

Kunttu K. Nuoren naisen virtsatietulehdus, finns på www.yths.fi → Tutkimukset
→ Oppaat ja selvitykset.

7.8 Huvudvärk och trötthet

Av de studerande på andra stadiet har närmare 40 % av kvinnorna huvudvärk minst en gång i veckan, männen inte lika ofta. Läkemedel mot huvudvärk används också mycket ofta av båda könen. Enligt enkäten Hälsa i skolan har 70–86 % av de studerande använt dem under den senaste månaden. Manliga universitetsstuderande hade sällan huvudvärk: bara 7 % av dem uppgav att de hade huvudvärk varje vecka. (Tabell 8 och 9) Undersökningen av unga vuxnas hälsa (Koskinen ym. 2005) gav motsvarande resultat. Enligt en enkätundersökning har migrän diagnostiserats hos 6 % av de universitetsstuderande (Kunttu ja Huttunen 2005).

Trötthet förekom ofta hos studerande på andra stadiet, en tredjedel av männen och hälften av kvinnorna led av trötthet åtminstone varje vecka. Bland universitetsstuderande är detta något mera sällsynt (Tabell 8). Trötthet är också en vanlig orsak till att man uppsöker mottagningen. Situationen erbjuder tillfälle att diskutera personens livssituation, studier, matvanor, sovande, motion och andra faktorer som rätt ofta ligger bakom symtomet. Övriga många kvinnor har dock även anemi. Depression, sköldkörtelsjukdomar och diabetes är också sjukdomar som förekommer bland ungdomar och som kan ligga bakom symtomen.

Rekommenderad läsning:

Saarinen S. 2002. Päänsärky. Hippokrates-sarja, Duodecim. (lämplig läsning för studerande)

7.9 Psykiska besvär, psykiska störningar och självdestruktivitet

7.9.1 Utbredningen av psykiska störningar

Många psykiatriska sjukdomar debuterar i åldern 12–22 år. Enligt epidemiologiska undersökningar insjuknar 20–25 % av alla ungdomar i någon psykisk störning före vuxen ålder. Hos omkring hälften av dem fortsätter de psykiska besvären ännu i vuxen ålder. (Karlsson ym. 2005.) Typiska psykiska störningar hos studerande är ångest, ätstörningar, depressionstillstånd och stressymtom. Gränsen mellan stress, akut stressreaktion och depression är oskarp och långvarig stress kan leda till depression (Korkeila 2005). De psykiska störningarna har inte ökat på senare år, men det förefaller som om de debuterar vid lägre ålder (Karlsson ym. 2005). Att tidigt upptäcka och behandla psykiska störningar hos ungdomar är väsentligt inte bara med tanke på studieförmågan utan också med tanke på hälsan och arbetsförmågan i vuxen ålder.

Enligt Aalto-Setäläs (2002) undersökning av psykiska störningar hos

unga vuxna förekommer psykiska störningar hos 25 % av unga vuxna i åldern 20–24 år som gått gymnasiet. Hos omkring 10 % är störningen så allvarlig att den försämrar arbetsförmågan. Bara en tredjedel av de studerande hos vilka en störning hade konstaterats hade varit i kontakt med mentalvårdstjänster. Det var också vanligt att fler än en störning förekom samtidigt. Hos dem som uppvisade flera psykiska störningar samtidigt konstaterades den sämsta psykosociala funktionsförmågan.

Den första undersökningen av psykiska störningar hos finländska universitetsstuderande gjordes redan 1967. Där konstaterades att 23 % av de förstaårsstuderande och 29 % av de tredje- och fjärdeårsstuderande hade en psykisk störning av något slag (Alanen ym. 1967). I dag, knappt fyrtio år senare, har fortfarande ungefär var fjärde universitetsstuderande psykiska problem, bedömt via General Health Questionnaire (GHQ12) (Kunttu ja Huttunen 2005).

Psykiska besvär är vanliga hos studerande. 20–30 % av de studerande har insomningssvårigheter eller andra sömnproblem minst varje vecka. Några få procent använder också läkemedel mot problemen. På andra stadiet rapporterade en femtedel av männen och en tredjedel av kvinnorna att de upplevde psykisk spänning eller nervositet åtminstone varje vecka. Irritation och vredesutbrott är ännu vanligare. (Tabell 8 och 9.) Av de universitetsstuderande har 17 % koncentrationssvårigheter varje vecka (Kunttu ja Huttunen 2005). Att studera är ett intellektuellt och skapande arbete, därför är psykisk spänning, depression, ångest och koncentrationssvårigheter betydande faktorer som fördröjer och till och med hindrar studierna.

Många studerande har inte ännu hunnit bygga upp en sexuell självbild. Det kan också uppstå problem när ett förhållande inleds eller tar slut.

Många fysiska och psykiska symtom och besvär är ofta uttryck för stress. Bakom besvären kan det dölja sig stora frågor som har att göra med den psykosociala utvecklingen eller livssituationen, eller press som beror på studierna. Särskilt hos universitetsstuderande förekommer ofta perfektionism, strävan efter fullkomlighet, vilket lätt leder till utmattning. Inemot en fjärdedel av de universitetsstuderande upplever mycket stress (Kunttu ja Huttunen 2005).

7.9.2 Depression

Enligt enkäten Hälsa i skolan 2000 (Stakes 2000) hade 21 % av kvinnorna i yrkesläroanstalterna och 15 % av kvinnorna i gymnasiet uppsökt hälsovårdsmottagningen på grund av nedstämdhet, medan motsvarande procenttal för männen var 5–7 %. En femtedel av de universitetsstuderande kvinnorna och 10 % av männen kände sig nedstämda åtminstone varje vecka. Av de universitetsstuderande rapporterade 5 % att de hade diagnostiserad depression (Kunttu ja Huttunen 2005.) Under ett år förekommer

depression hos 5–10 % av ungdomarna (Haarasilta 2003). Depression är en av de största riskfaktorerna för självmord hos ungdomar.

De flesta deprimerade ungdomar har andra störningar samtidigt, till exempel ångest och missbruksstörningar. Det finns också forskning som visar på samband mellan depression och ökad förekomst av somatiska sjukdomar hos ungdomar, av enskilda sjukdomar har astma och allergier samt migrän kopplats till depression hos ungdomar. Man har upptäckt ett klart samband hos ungdomar mellan depression och riskbeteende: rökning, alkoholkonsumtion i berusningssyfte varje vecka samt obetydlig motion är vanligare hos deprimerade än icke-deprimerade ungdomar. (Haarasilta 2003; Karlsson ym. 2005.)

Största delen, 90–95 %, av ungdomarna som insjuknat återhämtar sig från depressionsperioden inom ett år, men risken för återfall är betydande. Behandling av depression hos ungdomar påskyndar tillfrisknandet och har en positiv effekt på funktionsförmågan. Det rekommenderas att behandlingen inleds med psykosocial behandling, som består av stödarrangemang i hemmet och skolan, stödjande besök och psykoterapi. En del av depressionerna hos ungdomar kan alltså behandlas med ett stödjande grepp inom primärvården, men svårare depressioner kräver långsiktigt och tvärprofessionellt arbete. (Karlsson ym. 2005.)

För mätning av ungdomars sinnesstämning har man utgående från Becks depressionsenkät tagit fram en 14-delad sinnesstämningsförfrågan, som också innehåller svarsalternativ som beskriver en positiv sinnesstämning och aktivitet (Beck ja Beck 1972; Raitasalo 1995; Kaltiala-Heino ym. 1998). Enkäten hjälper till att identifiera depressivitet och inleda en diskussion. Formuläret kan också utnyttjas vid uppföljningen och när man vill åskådliggöra för personen om symtomen har lindrats eller återkommit. Enkäten och tolkningsanvisningen finns i bilaga (Bilaga 13 Självskattning för sinnesstämning).

Utifrån det instrument för mätning av utbrändhet på jobbet som används inom företagshälsovården har man tagit fram skolutbrändhetsmättet BBI-10, som är avsett för studerande inom den grundläggande utbildningen och på andra stadiet. Metoden ger information dels om generell skolutbrändhet, dels om tre av dess centrala underdimensioner: utmattande trötthet, cynism och en känsla av otillräcklighet. BBI-10 -handboken presenterar de teoretiska, forskningsmässiga och statistiska grunderna för metoden och ger även anvisningar för användning och tolkning av måttet (Salmela-Aro ja Näätänen 2005.)

7.9.3 Ätstörningar

Svårigheterna i utvecklingen till vuxen individ, relationsproblem och osunda skönhetsideal kan särskilt driva osäkra ungdomar att börja banta, vilket kan övergå i en ätstörning. När det gäller ätstörningar hos ungdomar

har förekomsten av anorexi uppskattats till 0,1–1 %, bulimi till 0,5–5 % och atypiska ätstörningar till 5–10 %.

Det är emellertid bara en liten del av alla ungdomar med ätstörningar som kommer till vård, eftersom problemet är svårupptäckt på grund av skam, hemlighållande och frånvaro av sjukdomskänsla (Hautala ym. 2005). Av de kvinnliga universitetsstuderande uppgav bara 1 % att de hade en ätstörning som diagnostiserats av läkare; ändå har man hos hela 8 % av de kvinnliga studerande kunnat konstatera en ätstörning eller symtom som starkt tyder på det. Även om ätstörningar särskilt är kvinnoproblem, förekommer de också hos män. Av de manliga universitetsstuderande kunde ätstörning eller symtom som tyder på det konstateras hos 3 %. (Ollitervo-Peltonen ym. 2005.)

Ätstörningar utgör ett stort hot mot den studerandes fysiska och psykiska hälsa. I synnerhet är anorexi en farlig långtidssjukdom som är förbunden med en 12-faldig dödlighetsrisk jämfört med friska kvinnor i samma ålder. I uppföljande undersökningar under en längre tid har det konstaterats att omkring hälften blir helt återställda, en tredjedel har vissa kvarstående symtom medan återstoden har många symtom även efter flera år. Kräkningar, användning av avförings- och urindrivande läkemedel samt att störningen pågått länge innan behandlingen inleddes är förknippade med dålig prognos (Hautala ym. 2005; Pohjolainen ja Karlsson 2005.) Enligt enkäten Hälsa i skolan 2000 hade 2–4 % av de studerande använt läkemedel för att gå ner i vikt (Stakes 2000).

När det gäller studerande med ätstörningar bör deras levnadsvanor och hälsotillstånd utredas ur ett brett perspektiv. Enligt hälsoundersökningen bland universitetsstuderande har personer med ätstörningar betydligt mer besvär än andra. Likaså rökte de och använde droger oftare, och männen använde dessutom mycket alkohol. Även om studerande med ätstörningar oftare än andra tänkte på hur hälsosam maten var när de köpte den, var deras matvanor ohälsosammare än jämförelsegruppens. Till exempel får personer med ätstörningar ofta för lite kalcium från maten. (Ollitervo-Peltonen ym. 2004.) Ätstörningen återspeglar sig också i sämre studieförmåga och självförtroende samt osäkerhet i studierna (Engblom ym. 2005; Ollitervo-Peltonen ym. 2005).

Studerandehälsovården bör kunna uppmärksamma budskap som eventuellt signalerar om ätstörningar. Man borde särskilt notera menstruationsstörningar och bantning och ställa preciserande frågor. Den här problematiken kan också ligga bakom generella besvär och magbesvär av olika slag. Bantning kan dölja många psykiska problem som man borde kunna identifiera. (Ollitervo-Peltonen ym. 2004.)

Även om unga med ätstörningar inte alltid spontant berättar om sina problem, svarar de ändå oftast sanningsenligt om man frågar dem direkt. Följande enkla fråga till exempel vid hälsoundersökningssenkäter har visat sig användbar: "Har du ett normalt förhållande till mat?" (ja / nej /vet inte) (Ollitervo-Peltonen ym. 2005). För mätning av symtom som föregår ät-

störning finns det ett screeningtest för ätstörningar (SCOFF) på fem frågor som tagits fram i England och översatts till finska. Testet har också prövats på finländska elever i årskurs 9 (Bilaga 15, Hautala ym. 2005).

Behandling av ätstörningar är teamarbete där det behövs expertis från olika områden. Förutom mentalvårdspersonal, hälsovårdare och en läkare som följer med patientens tillstånd kan också en tandläkare eller munhygienist, en näringsterapeut och en fysioterapeut bidra med sin sakkunskap i vårdteamet.

7.9.4 Självdestruktivitet

Ett av huvudmålen för folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 är att minska dödsfallen bland unga män till följd av olyckor och våld. År 1999 var antalet män i åldern 15–34 år nästan sjuhundra tusen. Av dem miste nästan sexhundra livet genom olyckor eller våld. Drygt hälften av dessa dödsfall var självmord. Tjugofem unga män drunknade. Av förgiftningsdödsfallen orsakades en tredjedel av alkohol, en tredjedel av droger och ett tiotal av läkemedel. Geografiskt verkar dödsfallen bland unga män till följd av olyckor vara koncentrerade till dels huvudstadsregionen, dels glesbygden i östra och norra Finland. (Lounamaa ym. 2002.) Självmord är i allmänhet en följd av att livsproblem hopat sig under en längre tid. Till de viktigaste enskilda riskfaktorerna för självdestruktivitet hör psykiska störningar, särskilt depression och missbruksproblem, tidigare självmordsförsök, att familjen mår dåligt samt påfrestande händelser i livet.

Självdestruktiva tankar är inte ovanliga bland studerande. Ungdomar och unga vuxna tänker på självmord oftare än andra. Självmordstankar har ofta samband med psykisk belastning och stress samt svårigheter i livet. Formulerade självmordstankar eller ett tidigare självdestruktivt beteende är uttryck för en förhöjd självmordsrisk. Många som begått självmord har tidigare haft en konstaterad psykisk störning, och därför kan man minska självmordsrisken genom att upptäcka psykiska störningar och behandla dem på ett adekvat sätt. Depression är den vanligaste störningen som har samband med självmord. Även personer med missbruksproblem har förhöjd självmordsrisk. Likaså hör personer med psykotiska störningar eller personlighetsstörningar till riskgruppen. Exempel på självmordsförebyggande metoder är psykosocialt stöd till riskpersonen – både generellt stöd och stöd i samband med livskriser, upptäckande och god behandling av depression, ingripande mot missbruksproblem och en allmän tolerans i kulturklimatet. Dessutom bör hälsovården känna till hur man ger krisstöd till personer som tänker begå självmord eller har gjort ett självmordsförsök samt hur man hänvisar personer till vård. Det är motiverat att ta upp saken vid planeringen av lokala och regionala utbildningsprogram.

Bara omkring hälften av alla ungdomar som begått självmord har varit i psykiatrisk vård, därför är identifiering av ungdomar i riskzonen och

adekvat behandling av psykiska störningar hos ungdomar i ett så tidigt skede som möjligt centrala metoder för förebyggande av självmord. Förutom hälsovården är också skol- och socialväsendet i nyckelställning. (Rautava 2002; Pelkonen ja Marttunen 2004.)

Det självmordsförebyggande arbetet borde ske på tre olika plan:

- 1) Genom att förstärka resurser och levnadsförhållanden som hjälper människor att klara sig och hantera sitt liv.
- 2) Genom att minska och undanröja riskfaktorer för självmord.
- 3) Genom att hjälpa människor som är i den omedelbara riskzonen för självmord.

Med tanke på det praktiska läkararbetet är det centralt att redan vid jourtillfället motivera ungdomarna att söka fortsatt vård, att ingå ett klart avtal om fortsatt vård och följa upp vården. Det är lättare att engagera ungdomarna i vården om de får veta vad vården går ut på. Det hjälper också att på förhand gå igenom fördomar om och förväntningar på vården. Om den unga personen inte känner att han eller hon har kontroll över sin självdestruktivitet är det viktigt att försäkra sig om att personen smidigt får vård även under jourtid. (Rautava 2002; Pelkonen ja Marttunen 2004.) Anvisningar för de praktiska rutinerna hjälper personalen att agera på rätt sätt och systematiskt i kritiska situationer. Nedan den gemensamt överenskomna anvisning som används inom studerandehälsovården i Villmanstrand.

Vårdpraxis för suicidala studerande

1. Två arbetstagares bedömning av situationen

- från det egna teamet
- från ungdomspsykiatriska polikliniken eller mentalvårdscentralen
- från läkaren i befolkningsansvarsområdet
- skolans personal (t.ex. studiehandledaren eller kuratorn)

2. Anteckna i patientjournalen hur man har gått tillväga i situationen och *om patienten har lovat att inte skada sig själv*. Ställ detaljerade frågor.

Om patienten inte ger något löfte:

Minderårig patient: ring i första hand föräldrarna och beroende på situationen även barnskyddsmyndigheterna. Hänvisa till ungdomspsykiatriska polikliniken /akutmottagningen.

Myndig patient: överväg också att kontakta hemmet. Hänvisa till krismottagningen /akutmottagningen. Informera patienten om vart han eller hon kan vända sig om det börjar kännas värre.

Begäran om handräckning från polisen, om situationen är akut och den studerande är farlig för sig själv. Man bör komma ihåg att ingen situation är den andra lik och att man därför inte kan ge några anvisningar som gäller i alla lägen.

Om det är fråga om en studerande med självmordsrisk, men du bedömer att det inte ännu är nödvändigt att direkt hänvisa personen till första hjälpen eller motsvarande, är det bra att ge personen mycket tydliga och enkla anvisningar om vad han eller hon skall göra om det börjar kännas värre. T.ex. ett telefonnummer dit personen kan ringa, exempelvis krisjouren. Försäkra dig om att det är en person och inte en telefonsvarare som svarar på numret under den överenskomna tiden!

Lokala kontaktuppgifter (telefonnummer och öppettider), till exempel:

Centralsjukhusets akutmottagning
Mentalvårdscentralen
Ungdomspsykiatriska polikliniken
Socialväsendet
Polisen

Källa: Studerandehälsovården i Villmanstrand 2005

Att frivilligt och medvetet skada sin kropp genom att skära sig utan avsikt att begå självmord är ett komplext fenomen som oftast börjar under ungdomsåren. Det har uppskattats att 2–14 % av alla ungdomar skär sig, man har kunnat konstatera att fenomenet ökat under de senaste åren. Det kan vara förvirrande att möta en ung person som skär sig. Det är lätt att tänka att skärandet är ett manipulativt beteende som går ut på att få uppmärksamhet, men att skada sig själv är ofta ett tecken på oförmåga att producera andra psykiska symtom. Ett tidigt ingripande i självskadebeteende är viktigt med tanke på förebyggande av självmord, eftersom skärandet är förknippat med förhöjd självmordsrisk. (Hirvonen ym. 2004.)

Rekommenderad läsning:

Depressio, Käypä hoito -suositus, Duodecim 2004. Finns på: www.kaypahoito.fi
Lasten ja nuorten syömishäiriöt, Käypä hoito -suositus, Duodecim 2002. Finns på: www.kaypahoito.fi

Haarasilta L, Marttunen M. Nuorten depressio, Tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille, Kansanterveyslaitos, Mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto 2000. Finns på: www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/ohjeet_ja_suosituksset/nuortendepressio.pdf

Haarasilta L, Pelkonen M, Marttunen M. 2002. Nuorten itsetuhokäyttämisen tunnistaminen ja arviointi – tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. Kansanterveyslaitos, Mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto 5.11.2002. Finns på: www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/ohjeet_ja_suosituksset/itsetuhoarviointi.pdf

Luhtasaari S. 2002. Masennus. Hippokrates-sarja. Duodecim. (sopii opiskelijoille luettavaksi)

Rissanen M-L, Kylmä J, Hintikka J, Honkalampi K, Tolmunen T, Laukkanen E. 2006. Itseään viiltelevän nuoren monet ongelmat. Suomen Lääkärilehti 6/2006.

7.10 Familjevåld och våld i nära relationer

Familjevåld och våld i nära relationer är ett omfattande hälso- och socialt problem, som berör många befolkningsgrupper. Europeiska rådet har konstaterat att våld i nära relationer är den viktigaste orsaken till dödsfall eller invalidisering bland 16–44-åriga kvinnor. Riskgruppen består av unga kvinnor (18–34-åringar) som lever i en parrelation samt unga gifta kvinnor med barn under 7 år. Detta visar en bred undersökning som utförts av Statistikcentralen (Heiskanen ja Piispa 1998). Internationella undersökningar lyfter fram samma riskgrupp. Samma resultat har man även kommit till i en undersökning vid mödra- och barnrådgivningarna om förekomsten av våld i parrelationer. Riskgruppen för våld består av 18–24-åriga kvinnor, av vilka 25 % hade utsatts för hot om våld eller fysiskt eller sexuellt våld av sin nuvarande partner (medeltalet i materialet 18 %). I samboförhållanden med barn under 7 år löpte kvinnan större risk (23 %) att utsättas för våld än i andra åldersgrupper. (Perttu 2004). Enligt en utredning som gjorts av länsstyrelsen i Södra Finlands län hade fyra procent av de 15–19-åriga svarspersonerna upplevt familjevåld under de tre senaste åren. Utslaget på hela befolkningen betyder det här att omkring 5 000 unga har utsatts för familjevåld under de tre senaste åren. (Suominen 2004.)

Följderna av våld är långvariga. Upplevelser av fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld kan ligga bakom många psykiska problem såsom depression, ätstörningar, självdestruktivitet eller missbruk eller andra diffusa symtom. Man antar att våld som upplevts i hemmet under barndomen återspeglar sig exempelvis i kriminellt, aggressivt och asocialt beteende.

Studerande kan utsättas för våld både i sin familj och i sin parrelation. Familjevåld som ungdomar upplever förändras inte av sig självt, även om våldet hemma har upphört eller den unga personen bor på annat håll i en trygg miljö. En förändring kan ske först när den unga personen tryggt får bearbeta upplevelserna. Det är tungt att leva i en familj som lever på våldets villkor. Den unga personen är i en konfliktsituation, eftersom familjens inre roller upprätthåller våldsdynamiken i familjen. Ifrågasättande av våldet kan leda till att den unga personen själv utsätts för våld. Det kan vara svårt för unga personer att ta upp familjevåld till diskussion. De kan vara rädda för vad det leder till för familjen eller dem själva. Det går att hjälpa en ung person som upplevt våld i sin egen familj eller en nära relation att klara av sina barndoms- och ungdomsupplevelser genom att stödja personen i utvecklingen till vuxen individ.

Rekommenderad läsning:

Perttu S, Mononen-Mikkilä P, Rauhala R, Särkkälä P. 2001. Päänavaus selviytymiseen. Väkivaltaa kokeneiden naisten käsikirja. Naisten Kulttuuriyhdistys ry. www.vakivalta.fi

Friidu. Tyttöjen ja naisten ihmisoikeudet. Opetusmateriaali tyttöjen ja naisten oikeuksista Suomessa ja maailmalla. Suomessa kirjaa saa Amnesty Suomen osastolta, www.ihmisoikeudet.net/friidu

Huhta K, Jalonen M, Miettinen J. (toim.) Poikki! Perheväkivaltaa kokeneiden nuorten ammatillisesti ohjattu vertaisryhmätoiminta. Työvälinemateriaali. Nuorten Keskus.

Tyttöjen ja naisten ympärileikkaus Suomessa. 2004. Asiantuntijaryhmän suositukset sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle. Ihmisoikeusliitto ry. Helsinki.

Bye bye pornstar. Video om sexuellit våld i de ungas värld. Finsk text. Beställningar susanna.ruuhilahti@tyttöjentalo.fi

7.11 Mun- och tandhälsa

I undersökningen Hälsa 2000 konstaterades det att 39 % av männen och 23 % av kvinnorna över 30 år har karies som kräver behandling (Suominen-Taipale ym. 2004). I Hälsa 2000 konstaterades också att även om drygt 80 % av 18–29-åringarna bedömde sin munhälsa som god eller rätt god hade ändå nästan hälften haft tandvärk eller besvär eller upplevde sig vara i behov av behandling (Suominen-Taipale ym. 2005). Resultaten kan förklaras av att problem med visdomständer är vanliga hos unga och att man är mer benägen än förut att uppleva besvär. Hos unga kvinnor var munhälsobeteendet betydligt mer hälsoinriktat än hos män. Skillnaden märktes både när det gällde att söka vård, rengöra munnen och äta sött. Även om ungdomarna i dag har mycket bättre tänder än för några decennier sedan, är karies fortfarande ett allmänt problem. År 2000 hade 6–18-åringarna som besökte tandläkare i medeltal 0,7 hål som krävde behandling. Omkring var fjärde 15-åring hade friska tänder. (Nordblad ym. 2004.) År 2002 konstaterades att 81 % av de förstaårsstuderande hade hål i åtminstone en tand (Ventä ja Turtola 2005). Enligt hälsoundersökningen bland universitetsstuderande hade över en fjärdedel haft kariessymtom eller behandlats för karies (Bilagetabell 5, Kunttu ja Huttunen 2005). Likaså var tandköttssjukdomar relativt vanliga hos studerande.

Ogynnsamma förändringar i en studerandes hälsa kan komma till uttryck i munsjukdomar innan några andra hälsoeffekter kan observeras. Exempel på sådana förändringar är tandförändringar till följd av kräkningar i samband med ätstörningar, eller tandslitage på grund av bruxism (tandgnissling), som förekommer i samband med stress och nackbesvär. Dessutom kan olika problem hos studerande komma till uttryck i bl.a. utbredd karies, bettbesvär, tandläkarskräck och uteblivande från behandling.

Det viktigaste problemet med visdomständer är att de inte kommer fram ordentligt. I Finland kommer visdomständerna fram i 19–21 års ålder, om de gör det. Av de 20-åriga studerande i Finland har 84 % åtminstone en visdomstand som inte har kommit fram eller bara har kommit fram delvis. En visdomstand som inte kommer fram ordentligt ger upphov till

sjukdomar såsom hål, inflammationer, tumörer, skador på tanden bredvid eller t.o.m. cancer. De här problemen uppträder särskilt i den ålder då man studerar. Av de studerande hade 67 % fått visdomständer utdragna före 32 års ålder. En tredjedel av de studerande har smärtor i eller besvär från sina visdomständer. Bland kvinnorna har upp till hälften besvär. De här siffrorna visar att visdomständer och behandling av dem är en central del av de studerandes munvård vid sidan av traditionell lagning av hål. (Ventä ja Turtola 2005.)

Rekommenderad läsning:

Kiiskinen U, Suominen-Taipale L, Aromaa A, Arinen S. 2005. Koettu suunterveys ja hammashoitopalvelujen käyttö hammashoitouudistuksen aikana. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B22.

Patienthandböcker:

Turtola L. 2004. Hammashoitopelko on tavallista, luovallista ja luonnollista. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö, finns på www.yths.fi → Tutkimukset → Oppaat ja selvitykset.

Turtola L. ja Lakoma A. 2004. Stressi kuluttaa hampaita. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö.

Turtola L. ja Lakoma A. 2005. Masennus kuivaa suuta. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö.

Turtola L. ja Harva A. 2002. Syömishäiriöt – hammasvauriot, syömishäiriöiden vaikutus suuhun. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö.

7.12 Olycksfall

Ett olycksfall definieras som en oväntad, plötslig och oavsiktlig händelse som orsakar en fysisk skada hos en person. Beroende på var olycksfallet inträffat kan de indelas i trafik-, arbets-, hem-, idrotts- och andra fritidsolycksfall. Ofta betraktas hem- och fritidsolycksfall som en helhet, dit trafik- och arbetsolycksfall inte räknas. De här olycksfallens andel är över 70 % av alla olycksfall som lett till fysisk skada hos vuxna. Trafik- och arbetsolycksfallen står för resterande 30 %.

Över en tredjedel av dödsorsakerna för 15–29-åringar är relaterade till olycksfall, år 2001 sammanlagt 205 dödsfall. I den här åldersgruppen sker de flesta dödsfallen i trafiken (51 %) och näst flest (27 %) i förgiftningsolyckor, varav största delen är läkemedels- och alkoholförgiftningar. (Statistikcentralen 2003.) Det är viktigt att berätta om sambandet mellan alkoholkonsumtion och trafikrisker. Ofta har alkoholen också andel i andra olycksfall bland unga vuxna, till exempel fallolyckor.

Enligt en intervjuundersökning från 2003 hade nästan en fjärdedel av 15–29-åringarna råkat ut för en olycka som ledde till skada under det senaste året. Idrottsolycksfall var vanligast och hemolycksfall näst vanligast. Unga män var särskilt utsatta för olyckor. (Heiskanen ym. 2004.) Enligt hälsoundersökningen bland universitetsstuderande 2004 hade 18 % av männen och 11 % av kvinnorna under det senaste året råkat ut för ett olycksfall som krävde läkarvård. Oftast hade olyckorna inträffat inom konditions- och tävlingsidrott, det gällde var tionde man men bara 3 % av kvinnorna, eller vid andra fritidsaktiviteter. Av de universitetsstuderande hade 2 % råkat ut för olycksfall i samband med gång- och cykeltrafik och mindre än en procent för olycksfall i samband med studier eller arbete. (Kunttu ja Huttunen 2005.)

Idrottsolycksfall leder till skador oftare än andra olyckor. Riskerna för idrottsskador är störst hos unga och unga vuxna, som idrottar som allra intensivast. I proportion till exponeringstiden är skaderiskerna störst vid lag- och bollspel, det gäller både män och kvinnor. Risken ökar ju oftare man faller eller har kroppskontakt med andra personer. I tävlingar är skaderisken 20-faldig jämfört med träningar. Risken för skador verkar vara störst i squash, judo, orientering och innebandy. Säkrast är amatör- och uthållighetsgrenar, av vilka bland annat löpning, skridskoåkning, aerobic, gymträning, cykling, simning och dans är populära bland ungdomar. Nästan hälften av idrottsskadorna är sträckningar, vrickningar och krosskador. En fjärdedel av skadorna är knä- och fotledsskador. (Parkkari ym. 2004.)

Många kontaktgrenar och lagspel ökar risken för mun-, tand- och ögonskador. I synnerhet i det populära ungdomsspelet innebandy inträffar många allvarliga ögonskador (Leivo ym. 2005). För att förebygga skador borde skydd användas i större utsträckning. Det går att förebygga skador både i ansiktet och övriga delar av kroppen, och social kompetens som syftar till att minska aggressivt beteende kan också betraktas som en förebyggande metod (Meurman ja Murtomaa 2003).

I trafiken råkar ungdomarna mest ut för personskador särskilt som förare eller passagerare i personbilar. Unga män löper omkring sex gånger större risk att dö vid ratten jämfört med unga kvinnor och omkring fyra gånger större risk jämfört med medelålders män. Hög hastighet, alkoholkonsumtion och försummande av att använda säkerhetsbälte förekommer ofta vid allvarliga trafikolyckor som ungdomar råkar ut för. Att utveckla de allmänna trafikreglerna är ett effektivare sätt än individuell rådgivning att påverka risken för trafikolyckor hos ungdomar. (Karkola ja Penttilä 2003.) Vid cykelolyckor är huvudskador allvarligast. Enligt undersökningar skulle omkring hälften av dödsfallen i cykelolyckor ha undvikits om personen hade använt hjälm (Lüthje ym. 2002).

Omkring vart fjärde arbetsolycksfall drabbar en ung person. Arbetsolycksfallen bland ungdomar har ökat med en femtedel från år 1993 till 2000, men allra mest bland 15–19-åriga kvinnor. (Salminen ja Räsänen 2003.)

Förebyggandet av olycksfall som inträffar vid läroanstalterna bör omfatta den fysiska miljön, de sociala relationerna och situationerna samt uppföljning av inträffade olycksfall samt korrigerande åtgärder. Vid läroanstalternas arbetsplatsutredningar bör man uppmärksamma riskfaktorer med tanke på olycksfall och systematiskt gå igenom läroanstaltens fysiska miljö och särskilt (arbets)praktikutrymmena och kontrollera att maskiner-skyddet fungerar, instruktionerna är tydliga osv. Man bör också tänka på säkerhetsfaktorerna vid planeringen av idrottsplatser och verksamheten där. (Mer om olycksfall under studierna och främjande av säkerheten i studiemiljön i kapitel 5).

Rekommenderad läsning:

Tapaturmatilanne 2002. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:4. Finns på: www.stm.fi

Kotitapaturmien ehkäisykampanja. 2005. Turvallisesti kotona. Ohjeita ja ideoita kotitapaturmien ehkäisyyn ja ensiapuun. Aineistotilaukset: www.kotitapaturma.fi

Kotitapaturmien ehkäisykampanja. 2001. Kotiympäristö turvallisiksi. Opas koulu-tus- ja neuvontatyötä tekeville. Aineistotilaukset: www.kotitapaturma.fi

Parkkari, J. Rauramo, P. 2006. Liikutaan turvallisesti. Työkykyä liikunnasta – liik-kumis- ja liikuntatapaturmien ehkäisy työpaikoilla. Työturvallisuuskeskuksen julkaisuja. Helsinki: Edita.

Dessutom följande länkar:

www.ktl.fi/tapaturmat
www.kotitapaturma.fi
www.tapaturmapaiva.fi
www.nolla.fi
www.liikenneturva.fi

8 *Främjande av de studerandes hälsa och studieförmåga*

8.1 Hälsofrämjande inom studerandehälsovården

En av studerandehälsovårdens centrala uppgifter är att främja de studerandes hälsa, välfärd och studieförmåga. Målet är att dels främja och upprätthålla skyddande faktorer såväl hos de studerande som i förhållandena, dels minska riskökande och -utlösande faktorer samt den individuella sårbarheten. Hälsofrämjandet påverkar de studerande inte bara under studietiden utan även längre fram i livet. Den studerande befolkningens åldersstruktur domineras av unga och unga vuxna, som i början av sitt eget självständiga liv måste bestämma och välja sin hälso-stil. Detta sker i växelverkan mellan individen, den sociala gruppen och det övriga samhället.

I det *individinriktade* hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet betonas individens eget ansvar för sin hälsa och vikten av hälsosamma levnadsvanor, god kondition och mental hälsa. Målet är att de studerande skall uppleva hälsosamma levnadsvanor som en positiv resurs i det dagliga livet.

I det *kollektivt inriktade* hälsofrämjande arbetet är målet att förändra studiekulturen i en riktning som gynnar individens och de sociala gemenskapernas välfärd. För att nå detta mål stärker man studie- och arbetsgemenskaperna samtidigt som man arbetar för att gemenskaperna skall inse sin egen betydelse för välfärden. Genom att förbättra studieförhållandena – såväl fritidskulturen, studerandemåltiderna som den fysiska studiemiljön – kan man påverka förutsättningarna för ett hälsofrämjande beteende hos de studerande.

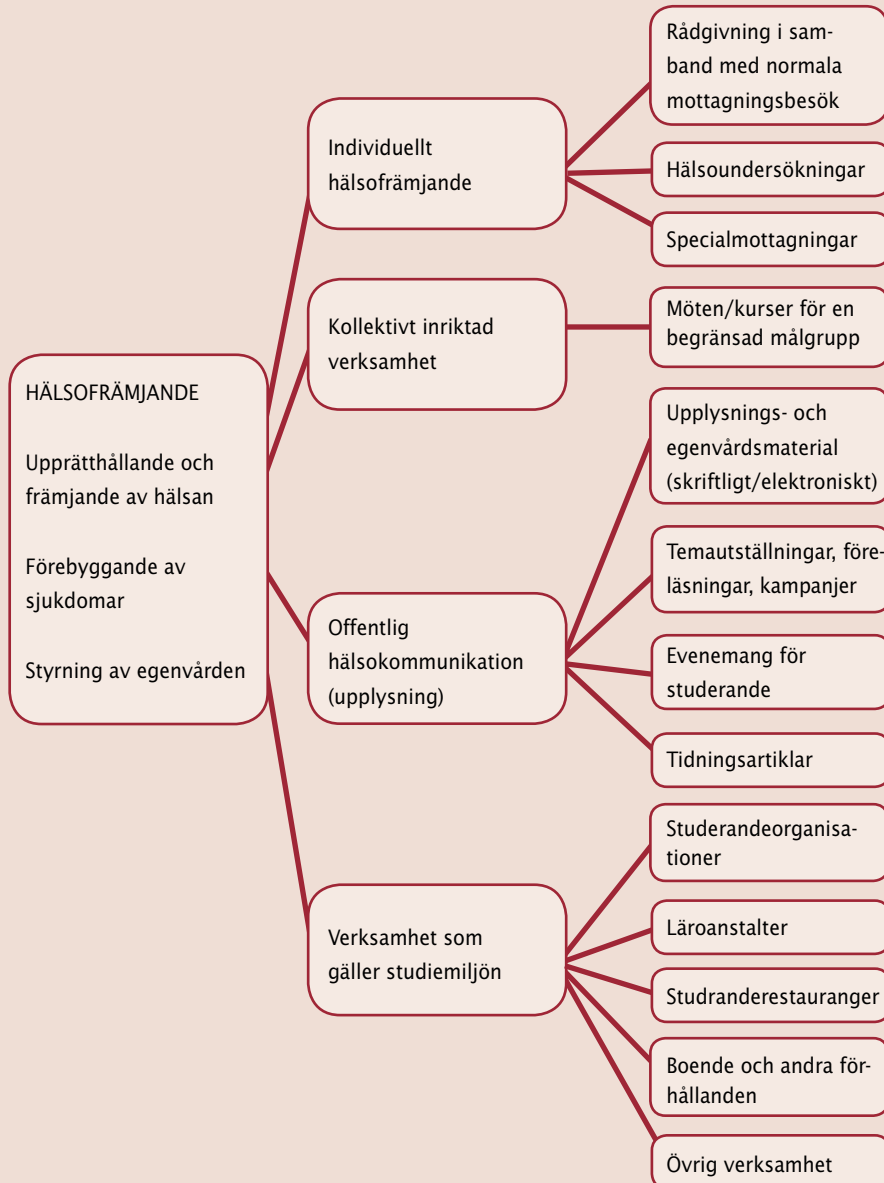
Studerandehälsovården bör svara på de studerandes behov av hälso-kunskap genom att producera, distribuera och förmedla saklig hälsokunskap som tjänar den studerande befolkningen. Studerandehälsovården tillgodoser behovet av individuell rådgivning som ett led i mottagnings-verksamheten, gruppverksamheten och de elektroniska tjänsterna.

Det hälsofrämjande arbetet genomförs på olika sätt:

- 1) Via arbete i lokala studerandevårdsgrupper
- 2) Genom att vid behov delta som sakkunnig i andra organisationers välfärdstjänster och i arbetsgrupper som påverkar de studerandes hälsa

- 3) Genom att ordna grupp- och kursverksamhet i samband med hälsofrämjandet
- 4) Genom att producera och sprida hälsofrämjande material i skriftlig och elektronisk form
- 5) Genom att utföra individuella hälsoundersökningar och ge de studerande råd.

Figur 5. Hälsofrämjande arbete inom studerandehälsovården



Källa: SHVS:s strategi för hälsofrämjande 2004a

Figur 5 visar verksamheten som helhet. (SHVS:s strategi för hälsofrämjande 2004, bearbetad)

Inom det hälsofrämjande arbetet har hälsovården, studerandeorganisationerna och läroanstalterna alla en viktig roll. Verksamheten koordineras via studerandevårdsgrupper.

Rekommenderad läsning:

Kumpusalo E, Ahto M, Eskola K, Keinänen-Kiukaanniemi S, Kosunen E, Kunnamo I, Lohi J. (toim.) 2005. Yleislääketiede. Duodecim. (Tar upp främjande av hälsa och förebyggande av sjukdom, hälso- och sjukvårdsverksamhet, undersöknings- och vårdstrategier inom den öppna hälso- och sjukvården, allmänläkares arbete och arbetshandling, juridiska, ekonomiska och etiska frågor som rör läkaryrket samt forskning och utveckling inom allmänmedicin. De centrala utmaningarna och utvecklingsbehoven för hälso- och sjukvården tas också upp.)

Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J. 2005. Suomalaisten terveys. Duodecim.

Koskenvuo K, toim. 2003. Sairauksien ehkäisy. Duodecim.

8.2 Ordnandet av studerandevård och välfärdsarbete

För ordnandet av studerandevård och välfärdsarbete svarar elevomsorgsgrupperna eller välfärdsarbetsgrupperna, som består av företrädare för hälsovården, läroanstalterna och de studerandes egna organisationer samt beroende på det lokala behovet även av eventuella andra sakkunniga (se kapitel 2). Verksamheten innefattar hälsofrämjande på både grupp- och individnivå.

Lagstiftningen om studerandevård för utbildningen på andra stadiet är från 2003 (478/2003, 479/2003). Inom högskoleutbildningen förpliktar yrkeshögskolelagen och universitetslagen inte läroanstalterna att ordna studerandevård, men det rekommenderas att sådan ordnas.

8.2.1 Ordnandet av studerandevård i gymnasierna och inom den grundläggande yrkesutbildningen

I lagstiftningen om gymnasiet och yrkesutbildningen används begreppet studerandevård. Med studerandevård avses enligt lagen "att främja och upprätthålla de studerandes studieframgång, goda psykiska och fysiska hälsa och sociala välfärd och understödande verksamheter" (478/2003, 479/2003). Gymnasielagen och lagen om yrkesutbildning har kompletterats med bestämmelser om studerandevård och samarbete mellan hemmet och läroanstalten. I dem betonas vikten av att förebygga och tidigt ingripa

i svårigheter som gäller ungdomars utveckling. Förändringarna trädde i kraft 2003. Enligt lagreformen beslutar Utbildningsstyrelsen om de centrala principerna för samarbetet mellan hemmet och läroanstalten samt för studerandevården och om målen för den studerandevård som hör till undervisningsväsendet (grunderna för läroplanen). I fråga om samarbetet mellan hemmet och läroanstalten samt studerandevården bereds det beslut som gäller grunderna för läroplanen av utbildningsstyrelsen i samråd med forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården (Stakes). Enligt lagreformen skall också utbildningsanordnaren se till att de lokala läroplanerna för gymnasieutbildningen och yrkesutbildningen till motsvarande delar bereds i samråd med kommunens social- och hälsovårdsväsende. (478/2003, 479/2003)

Vid ordnandet av studerandevårdstjänster skall utbildningsanordnaren samarbeta med social-, hälsovårds- och andra nödvändiga myndigheter, informera de studerande om de tillgängliga hälso- och socialvårdstjänsterna och vid behov handleda den studerande att söka dessa förmåner och tjänster. (478/2003, 479/2003)

Enligt 29 § i gymnasielagen (629/1998) har handikappade studerande och studerande som av någon annan anledning är i behov av särskilt stöd i enlighet med vad som särskilt bestäms därom rätt till de biträdestjänster, andra undervisnings- och studerandevårdstjänster samt särskilda hjälpmedel som studierna kräver.

Enligt lagen om yrkesutbildning (630/1998, 36 §) och gymnasielagen (629/1998, 27 §) skall utbildningsanordnaren höra de studerande innan beslut fattas i ärenden som gäller undervisningen eller som annars väsentligt inverkar på de studerandes ställning. Detsamma gäller även i ärenden som gäller ordnandet av studerandevård. I läroanstalterna företräds eleverna av elevkåren.

Enligt 7 § 2 mom. i barnskyddslagen (683/1983) skall kommunen ordna tillräckligt stöd och tillräcklig handledning för eleverna i de skolor som hör till det kommunala skolväsendet samt vidta andra behövliga åtgärder för att övervinna sociala och psykiska svårigheter som hänför sig till skolgången och elevernas utveckling samt utveckla samarbetet mellan hem och skola. För denna uppgift kan kommunen ha skolpsykolog- och skolkuratorstjänster enligt vad som närmare stadgas genom förordning. Om gymnasierna hör till det kommunala skolväsendet, gäller stöd- och handledningsåtgärderna enligt barnskyddslagen även gymnasieelever.

Utbildningsstyrelsen har tagit in bestämmelserna om studerandevård i kapitlet om studerandevård i grunderna för läroplanen. Enligt dem gör läroanstalterna upp en lokal läroplan, i vilken man definierar verksamheten för att främja hälsa och säkerhet i skolgemenskapen, ordna stöd och samarbete samt åtgärderna i problem-, olycks- och krissituationer. Vid läroanstalten kan studerandevården och det övriga samarbetet koordineras i en tvärprofessionell studerandevårdsgrupp. Studerandevårdsgrupperna skall genom sin verksamhet främja studier, inlärnin och undanröjande

av hinder för inläringen. Verksamheten skall ske i form av regelbundet, fortlöpande och tvärprofessionellt samarbete. Studerandevårdsgruppen har en viktig roll vid uppgörandet, genomförandet och uppföljningen av ett välfärdsprogram för läroanstalten (se kapitel 8.2.1).

Till studerandevårdsgruppen hör vanligen rektor, biträdande rektor eller avdelningschefen, studiehandledaren (-handledarna), kuratorn, specialläraren, psykologen, hälsovårdaren och/eller läkaren. Dessutom kan företrädare för elev- eller studerandekårerna, föräldrarna samt eventuella andra sakkunniga ingå i gruppen. Exempel på sådana sakkunniga är företrädare för kommunens idrotts- och ungdomsväsende, församlingarna eller olika organisationer (Bilaga 5, Exempel på studerandevårdsgruppers sammansättning och samarbetsaktörer). I elevarbetsgruppen kan man ta upp allmänna frågor som gäller främjande av välfärden i skolgemenskapen. I gruppen kommer man överens om respektive parts uppgifter och skriver ner avtalen, som granskas regelbundet. Vid behandlingen av frågor som rör enskilda studerande kan ingen annan än de berörda delta.

8.2.2 Välfärdsarbetet i högskolorna

Yrkeshögskolelagen och universitetslagen ålägger inte läroanstalterna att ordna studerandevård. Enligt en undersökning från 2002 deltog personal från hälsovårdscentralen på flera orter i alla fall i studerandevårdsgruppens arbete även i yrkeshögskolorna (Social- och hälsovårdsministeriet 2002a). Vid många universitet och yrkeshögskolor har man inrättat tvärprofessionella välfärdsgrupper (Bilaga 5).

I högskolorna finns det ett behov av att särskilt i början av studierna satsa på gruppbildning bland de studerande, vilket också underlättar studieplaneringen och studiehandledningen. Så som har konstaterats i tidigare kapitel ställs högskolestuderande inför många speciella utmaningar alltifrån byte av bostads- och studieort, krävande studier, självständighet och många valmöjligheter. Därför behövs studerandevårdsgruppernas arbete även i högskolorna. Studerandevårdsgruppens tvärprofessionella samarbete bidrar till att skapa ett positivt och tryggt studieklimat i skolgemenskaperna. För att stödja enskilda studerande kan man bilda smågrupper efter behov.

För universitetsstuderande har verksamhet som motsvarar studerandevård organiserats via Studenternas hälsovårdsstiftelses hälsoarbetsgrupper och universitetens välfärdsarbetsgrupper. Dessa fungerar som samarbetsorgan mellan de lokala hälsovårdsstationerna, de studerande, universiteten och andra organisationer.

Vid SHVS:s alla hälsovårdsstationer har det ända sedan 1970-talet funnits tvärprofessionella hälso(fostrings)arbetsgrupper, som är samarbetsorgan som planerar och genomför hälsofrämjande verksamhet. Grupperna består av företrädare för hälso- och sjukvården, munhälsovår-

den och mentalhälsovården samt studerande och ofta även företrädare för universitetet. Grupperna har till uppgift att komma med idéer samt planera och genomföra hälsofrämjande verksamhet, till exempel evenemang, gruppverksamhet och kurser. Hälsoarbetsgrupperna har hand om hälsoinformation i studenttidningarna och på webben samt det upplysnings- och egenvårdsmaterial som delas ut på stationerna. Dessutom motiverar grupperna den övriga personalen att delta i det hälsofrämjande arbetet. (SHVS:s strategi för främjande av hälsan 2004.)

Kehra-projektet (se bilaga 21 och www.yths.fi/kehra) har fört med sig att välfärdsgrupper har inrättats vid universiteten. Dessa är ofta officiella arbetsgrupper som tillsatts av universitetets rektor. I grupperna sitter företrädare för universitetets olika instanser, för SHVS och studentkårerna samt även för andra samarbetspartners. Grupperna koncentrerar sig på hälsofrämjande verksamhet vid universiteten, till exempel tutorverksamhet, handledningsnätverk, en orienteringsfas för förstaårsstuderande, förebyggande av inlärningsproblem bland utbytesstuderande och inlärningsproblem samt förebyggande och behandling av mobbning.

Utöver dessa har också studentkårerna varit aktiva och inrättat stödcentrum av olika slag för studerande. Ett exempel är Nyyti ry, som tillhandahåller tjänster i anslutning till mentalt välbefinnande och kamratstöd för universitetsstuderande (Nyyti 2005).

8.3 Främjande av välfärden i skolgemenskapen

När det gäller kollektivt inriktad hälsovård är det människan som en del av en social gemenskap som är föremål för intresse. Den här typen av hälsovård baserar sig på kännedom om den sociala gemenskapen och på medlemmarnas aktiva medverkan (Savola ja Koskinen-Ollonqvist 2005.) Med skolgemenskap avses både den gemenskap som läroanstalten utgör och de studerandes egna gemenskaper inom läroanstalten. Även om de är oskrivna är gemenskapens sociala regler viktiga förutsättningar för hälsa (Vertio 2003). Därför är också skolgemenskapens studiekultur av stor betydelse och man borde försöka påverka den på ett sätt som stödjer de studerandes välfärd. Läroanstalternas och de studerandes egna fritidsorganisationer utgör den studerandes sociala närmiljö och är därmed viktiga samarbetspartners för studerandehälsovården.

Vid kollektivt inriktat hälsofrämjande arbete är samarbete och interaktion mellan aktörerna viktigt. Samarbete och kollektivt inriktat arbete i skolgemenskapen är centrala arbetsformer för studerandehälsovårdens aktörer i välfärdsnätverket. Arbetet går ut på initiativtagande och planering och utförs i samarbete med läroanstalternas, studerandeorganisationerna och andra aktörer som påverkar välfärden i skolgemenskapen.

De studerandes välfärd är en helhet där det är viktigt att personerna och institutionerna som utför välfärdsarbete känner varandra och inser att välfärd är en helhet. I Finland finns det flera organisationer som producerar välfärdstjänster för studerande. Problemet är ofta att de som producerar tjänster inte alltid ens är medvetna om varandras arbete, för att inte tala om att de skulle samarbeta. Såväl lärarna, kuratorerna, studiebyråerna och hälsovårdspersonalen erbjuder de studerande stöd. Ändå kan det finnas gråzoner i stödsystemet som ingen verkar ha ansvar för, eller också vet de studerande inte vart de skall vända sig. Det kan leda till att de söker hjälp hos fel personer: lärarnas primära uppgift är att undervisa och inte att hantera psykiska problem, medan det inte är psykologernas sak att ge handledning i samband med slutarbetet. Ett bättre samarbete mellan välfärdsaktörerna gagnar inte bara de studerande utan även serviceproducenterna.

Skolgemenskapens sociala klimat består av interaktionen inom personalen (t.ex. organiseringen av arbetet, öppenheten, chefens ledarstil), mellan de studerande (t.ex. det sociala stödet) samt mellan personalen och de studerande. Klimatet påverkas också av studiemålen och arbetssätten. Arbetet för att påverka klimatet vid läroanstalten sker via gemensamma principer och gemensamt arbete.

Det har visat sig vara mycket viktigt att den studerande känner sig tillhöra någon grupp i anslutning till studierna. Läroanstaltens intresse för och omsorg om den studerande samt handledning i studieteknik och studiehandledning främjar en social gemenskap som skapar trygghet. Allt det ovan nämnda har betydelse för hur den studerande engagerar sig i sina studier och hur studiemotivationen utvecklas. Brist på stödjande interaktion och otillräcklig feedback och handledning är dock inte ovanligt bland studerande. Bristerna kan återspegla sig i ökad stress och utdragna studier. (Kunttu ja Virtala 2005; Kurri 2006.)

När man till exempel försöker få de studerande att dra ner på användningen av alkohol, droger och söta mellanmål eller att motionera mera är det av central betydelse att påverka den rådande hälsostilen i skolgemenskapen. Vid påverkan av det här slaget är det nödvändigt att skolgemenskapen själv aktivt tar itu med saken, medan hälsovården har rollen av sakkunnig.

För att utreda välfärden i skolgemenskaperna och riskfaktorerna i samband därmed har enkäter tagits fram och fler är under arbete. Bilaga 8 visar det formulär som används vid yrkeshögskolan i Lahtis. Under Kehrä-projektet införde man vid Helsingfors universitets institutioner en klimatbarometer för kartläggning av både de studerandes och personalens erfarenheter (bilaga 9). Barometern vidareutvecklas för närvarande av Helsingfors universitets välfärdsarbetsgrupp. Arbetshälsoinstitutet håller på att utarbeta ett frågeformulär för mätning av studievälfärden, där både individuella och sociala faktorer beaktas.

8.3.1 Läroanstalternas välfärdsprogram

Varje läroanstalt bör ha ett välfärdsprogram som drar upp riktlinjerna för uppföljning och utveckling av delområden som påverkar välfärden i gemenskapen. Läroanstalten ansvarar för uppgörandet av programmet. Programmet är till störst nytta när det är en del av verksamhetsplaneringen och har godkänts av läroanstaltens högsta beslutsinstans. Studerandevårds- eller välfärdsarbetsgruppen stödjer läroanstalten vid uppgörandet, genomförandet och övervakningen av programmet. Såväl de studerande som läroanstaltens och studerandehälsovårdens personal bör aktivt informeras om allt som rör välfärdsprogrammet.

Utgångspunkten för programmet är att konstatera nuläget och visa på förbättringsbehov. Exempel på delområden i välfärdsprogrammet är studierna och ordnandet av dem, utveckling av studiehandledningen, hälsovårdstjänster, ett fungerande boende under studietiden, motionsmöjligheter, missbruksstrategi, planer för krishantering, regelbunden planering och genomförande av arbetsplatsutredningar för att man skall kunna försäkra sig om att studiemiljön är hälsosam och trygg, utveckling av en interaktiv social gemenskap vid läroanstalten samt jämlikhet. Tillsättandet av en studerandevårds- eller välfärdsarbetsgrupp samt gruppens sammansättning och uppgifter skall också antecknas i välfärdsprogrammet. Likaså antecknas samarbetsparterna i olika frågor. (Tabell 10)

8.3.2 Studerandeorganisationernas roll och perspektiv vid tryggheten och främjandet av studievälfärden

Det är viktigt att studerandeorganisationerna från början tas med i välfärdsarbetet och projekten som inriktar sig på de studerande. Det rekommenderas att hälsovårdspersonalen och studerandeorganisationerna för en fortlöpande diskussion om eventuella problem och behov som framkommit i skolgemenskapen. Man måste verkligen lyssna på de studerande vid planeringen och beslutsfattandet som rör dem. Samarbete mellan välfärdsaktörerna bör vara en självklarhet. (Se även kapitel 3.4)

Med välfärdsarbete avses även verksamhet som går ut på att förbättra den studerandes livshantering och utveckla studerandegemenskaperna. Riklig alkoholkonsumtion som ibland hör studielivet till, utspridda grupper och outvecklad ergonomi är exempel på problem i studiemiljön. Att förbättra de studerandes livshantering skulle vara ett viktigt mål att sträva mot i all verksamhet. Ett annat mål är att förändra studiekulturen så att den i högre grad främjar välfärd. Medel för att nå de här målen är bland annat skapande av samarbetsnätverk, mångsidig utbildnings- och forskningsverksamhet samt koordinering av lokala välfärdsprojekt.

Tabell 10. Uppläggning av ett välfärdsprogram för en läroanstalt

Delområde	Innehåll
Utveckling av studierna och studiehandledningen	I välfärdsstrategin antecknas praxis i fråga om studiehandledningen samt stödtjänster och utvecklingsåtgärder i samband därmed. Efter- som studiehandledningen ofta står litet utanför är det speciellt värde- fullt om den ges en klar ställning som ett delområde av välfärden.
Hälsovård	En beskrivning av hur studerandehälsovården är ordnad, även vid alla enheter på olika orter. Särskild satsning på en hälsoenkät i början av studierna, hälsoundersökning, mun- och tandundersökning samt mentalvårdstjänster. Innefattar en plan för hur läroanstalten och studerandeorganisationerna skall informeras om tjänsterna.
Boende under studietiden	En beskrivning av hur boendet under studietiden är ordnat, på alla or- ter där läroanstalten har enheter. Bostadssituationen på orten(orterna) konstateras. Om problem förekommer utreder man om orsaken t.ex. är att studerandebostäderna är för få, i dåligt skick eller att förbin- delserna är dåliga. Utifrån strategin försöker man sedan rätta till problemen.
Motionsmöjligheter	En beskrivning av de motionsjänster som läroanstalten och studeran- degemenskaperna tillhandahåller. Möjligheterna att använda läro- anstaltarnas motionslokaler utreds. Motionsmöjligheterna på orten överlag och de centrala samarbetsparterna antecknas.
Missbruksstrategi	Läroanstalten och särskilt studerandeorganisationerna förbinder sig till en missbrukspolitik som främjar de studerandes välfärd samt till tidigt ingripande vid eventuella narkotikaproblem. Innefattar bl.a. anvisningar om studerandevenemangens innehåll samt regler för evenemang som studerandeorganisationerna ordnar och för eventu- ella festlokaler. Bestämmande av vilka utrymmen som är rökfria och vilka regler som gäller för rökning.
Planer för krishantering	Krishanteringsplanen skall innehålla anvisningar om tillvägagångs- sätt och namnge ansvariga. Praktiska anvisningar med tanke på krissituationer. Anvisningar för uppgörande av en krisplan för skolan finns på utbildningsstyrelsens webbplats (www.edu.fi).
Utredning av den fysiska studiemiljön	I välfärdsstrategin antecknas huruvida det finns behov av att utreda den fysiska studiemiljön och när utredningen i så fall skall göras. Se närmare kap. 5.1 om trygga och hälsosamma läroanstalter samt övervakningen av detta
En trygg och hälsosam studiemiljö	Mer om saken i kap. 5.1. om trygga och hälsosamma läroanstalter samt övervakningen av detta.
Social gemenskap	Personalens och de studerandes välfärd och samarbetet mellan dem är delar av samma helhet. I välfärdsstrategin skall detta lyftas fram. Det är bra att separat ta upp vad man kan göra för att öka interaktio- nen mellan de studerande och personalen i läroanstaltsmiljön.
Jämlikhetsfrågor	I jämlikhetsplanen beaktas bland annat jämställdhet mellan könen och tillgänglighet. Kontaktpersonerna för trakasserier antecknas, om sådana har utsetts vid läroanstalten.
Studerandevårds- eller välfärdsarbetsgrupp	Antecknas att en arbetsgrupp tillsatts och dess sammansättning. Arbetsgruppens uppgifter och mål preciseras.
Samarbetsaktörer	Befintliga och tänkbara samarbetsaktörer utreds.

En annan viktig omständighet när man granskar faktorer som rör de studerandes välfärd ur studerandeorganisationernas perspektiv är att högskolorna har så litet ansvar. På andra stadiet är det grunderna för läroplanen som bestämmer läroanstaltens roll i studerandevården. Inom den högre utbildningen i Finland har välfärdsstaten och å andra sidan de starka studerandeorganisationerna skött uppgifter som i många andra länder ankommer på högskolan. Den finländska universitetsinstitutionen har fram till dessa dagar inte ägnat någon nämnvärd uppmärksamhet åt studiemiljön och de studerandes välfärd. Detsamma tycks vara fallet med yrkeshögskolorna.

Studerandeorganisationerna har också uppgifter som tilldelats dem i välfärdsarbetet. Studerande vid universiteten och vetenskapshögskolorna bekostar hälsovården med en personlig avgift. De studerandes finansiering består av en hälsovårdsavgift som tas ut i samband med medlemsavgiften till studentkåren och av besöksavgifter. För studerande vid yrkeshögskolor, gymnasier och yrkesläroanstalter ordnas hälsovården av kommunen.

8.3.3 Mobbning, våld och sexuella trakasserier

Mobbning innebär att förtrycka en annan individ. Med mobbning avses upprepat psykiskt, verbalt eller fysiskt våld som en eller flera unga eller vuxna riktar mot ett offer. Vanliga former för psykiskt våld är negativa gester, miner, blickar, tonfall, axelryckningar och social isolering. Det är ofta svårt att komma åt sådana här saker. Man bör ingripa mot mobbning så fort man upptäcker de första tecknen. Det bästa är att förebygga, med andra ord se till att arbetsklimatet är bra, att gemenskapen fungerar och se över ledningssätten. Gemensamt överenskomna handlingsmodeller gör det lättare att ingripa.

Enligt enkäten Hälsa i skolan 2000 (Stakes 2000) hade 13 % av männen och 8 % av kvinnorna som studerade andra året i gymnasiet upplevt mobbning åtminstone någon gång under skolarbetet. Inom den grundläggande yrkesutbildningen var motsvarande siffror 27 % för männen och 14 % för kvinnorna. För högskolestuderande saknas uppgifter om förekomsten av mobbning.

Av dem som studerade andra året i gymnasiet hade 14 % av männen och 6 % av kvinnorna utsatts för fysiskt våld under de senaste 12 månaderna. Inom den grundläggande yrkesutbildningen hade 22 % av männen och 10 % av kvinnorna utsatts för våld. Bland männen var hot om fysiskt våld betydligt vanligare än så. (Stakes 2000.) Av alla män i åldern 15–34 år (677 835) miste omkring tjugo livet genom mord, dråp eller annan uppsåtlig misshandel år 1999 (Lounamaa ym. 2002).

På samma sätt som på arbetsplatser förekommer trakasserier vid läroanstalterna både bland personalen och de studerande. Med sexuella

trakasserier avses ensidigt och icke-önskat sexuellt färgat beteende som föremålet upplever som sårande och motbjudande. Trakasserierna kan vara fysiska eller verbala och bland annat ta sig uttryck i:

- 1) sexuella anspelningar genom miner eller gester
- 2) tvetydigt prat eller tvetydiga vitsar
- 3) sexuellt färgade kontaktförsök, även med e-post eller textmeddelanden
- 4) tvetydiga kommentarer om någons kropp, klädsel eller privatliv
- 5) spridning av pornografiskt material
- 6) fysisk beröring
- 7) förslag om eller krav på sexuellt umgänge
- 8) våldtäktsförsök eller våldtäkt.

Vad man upplever som sexuella trakasserier beror på individen, situationen och förhållandet mellan parterna. Det väsentliga är att den som utsätts för trakasserierna själv upplever den andras beteende som obehagligt och sårande. Sexuella trakasserier kan rikta sig mot samma kön eller det motsatta könet.

Sexuella trakasserier i en skolgemenskap eller på en arbetsplats har samband med psykiskt våld. Psykiskt våld kan börja som sexuella trakasserier, men trakasserier kan också användas som en form av mobbning. Sexuella trakasserier har en maktutövningsaspekt, vilket gör problemet mångfasetterat. Sexuella trakasserier påverkar negativt både den som blir trakasserad och hela den gemenskap där trakasserierna förekommer. Människor reagerar väldigt olika på trakasserier. Den trakasserade kan känna skam och skuldbelägga sig själv för det inträffade. Långvariga sexuella trakasserier kan liksom annan mobbning störa studieförmågan och försämra det psykiska välbefinnandet och leda till psykosomatiska symtom.

Förekomsten av sexuella trakasserier är starkt knuten till gemenskapen i fråga. Gemenskapen kan antingen tillåta eller låta bli att tillåta trakasserier. Ibland kan gemenskapen skenbart motsätta sig sexuella trakasserier, men samtidigt tyst tolerera dem eller också helt förneka deras existens. Hela gemenskapen har del i ansvaret för att arbets- och studieklimatet är bra, och därför är det viktigt att ingripa mot trakasserier med tanke på välfärden i hela gemenskapen.

Sexuella trakasserier kan förebyggas genom att man talar öppet om saken och informerar de studerande till exempel om vilka uttryck trakasserier kan ta sig. Förutom att skapa ett öppet diskussionsklimat är det också viktigt att visa att man tar saken på allvar i gemenskapen och inte godkänner sexuella trakasserier. Man måste också utarbeta anvisningar för de studerande och personalen om vad man bör göra om man utsätts för trakasserier:

- den trakasserade borde genast klart och bestämt säga ifrån till den som trakasserar att beteendet är sårande och obehagligt,

- det är bra att anteckna händelserna noga (datum, klockslag, plats och närvarande personer),
- det är bra att spara alla bevis, t.ex. e-post och textmeddelanden och
- ta kontakt med kontaktpersonen för trakasserier eller med studerandehälsovården.

Vid ingripande mot trakasserier behövs det samarbete mellan läroanstalten, studerandehälsovården och studerandeorganisationerna, och alla parter bör förbinda sig till arbetet mot trakasserier. Många högskolor har redan rekommendationer och anvisningar om hur man skall gå tillväga när man ingriper mot trakasserier. Det vore bra om alla läroanstalter hade färdigt utarbetade rutiner för utredning av trakasserier och en kontaktperson för trakasserier med uppgift att ge den trakasserade råd om hur han eller hon skall hantera saken. Det är ändå alltid enhetens chef som ansvarar för utredningen av saken. Det är särskilt viktigt att den trakasserade kan söka hjälp anonymt och att saken förs vidare på hans eller hennes villkor.

Studerandehälsovården har en viktig roll vid förebyggande av sexuella trakasserier och ingripande mot trakasserier som redan skett. Hälsovårdens andel accentueras när det gäller att hjälpa och stödja den trakasserade. Det kan vara svårare att hjälpa den trakasserade om han eller hon känner skuld och skam och därför kanske inte är redo att bearbeta saken. Dessutom är sexuella trakasserier vanligen ”osynliga”, vilket betyder att ord står mot ord. Den trakasserade kan vara osäker på vad som är bäst att göra och kan vara rädd för följderna av att saken kommer i dagen.

Rekommenderad läsning:

Ei on Ei. Toimintaohjeet sukupuolisen häirinnän, ahdistelun ja vallankäytön pulmitilanteiden selvittämiseksi ja ehkäisemiseksi Kuopion yliopistossa. www.uku.fi/hallinto/hallintotsto/hairinta

Handlingsplan för jämlikhet för HUS 2005–2006. Finns på: www.hyy.helsinki.fi → Studentliv → Jämställdhet och icke-diskriminering

8.4 Individuellt inriktat hälsofrämjande

Till det individuellt inriktade hälsofrämjandet hör hälsoundersökningar, hälso- rådgivning och handledning i egenvård i samband med mottagningsverksamheten och andra personliga möten samt vaccinationer. Man kan också skapa kontakt med den studerande till exempel per telefon och e-post. Individuellt inriktat hälsofrämjande kan också genomföras i grupp.

Vuxenblivandet är en viktig livsfas när det gäller att främja hälsa och förebygga sjukdomar, då det hälsofrämjande arbetets betydelse bedöms ur ett folkhälsoperspektiv. Av denna orsak bör yrkespersonalens arbetsbeskrivning och studerandehälsovårdens verksamhetsresurser dimensio-

neras så att man kan avdela tillräckligt mycket tid för det här. Man vet att rådgivning som tillämpas på en personlig situation ger betydligt bättre resultat än breda program för hela befolkningen.

När ungdomar frigör sig från hemmet måste de på olika sätt ta ställning till sin livsstil och sina hälsovanor – till exempel hur de använder tid och pengar – på den nya skolgemenskapens och eventuellt den nya studieortens villkor. Studerandehälsovården måste inse utmaningarna och de speciella hälsoriskerna under den aktuella åldersperioden och livsfasen. När man försöker ändra på levnadsvanorna måste man utgå från den studerandes livssituation, som han eller hon själv är expert på. Särskilda fokusområden inom studerandehälsovården är psykosocialt stöd och förebyggande av psykiska sjukdomar, minskning av alkoholkonsumtionen och användningen av andra droger och tobak, sexuell hälsa samt frågor som rör mat, motion och viktkontroll. Dessutom är hälsobeteendet av väsentlig betydelse vid upprätthållandet av mun- och tandhälsa.

8.4.1 Hälsorådgivning

Rådgivning i samband med upprätthållande och främjande av hälsa, förebyggande av sjukdomar och handledning i egenvård är en väsentlig del av all mottagningsverksamhet. Målet är att de studerande skall inse att sunda levnadsvanor är en resurs i det dagliga livet och att de själva skall ta ansvar för sin hälsa. Yrkespersonalen inom hälsovården har till uppgift att hjälpa de studerande att upptäcka möjligheter, informationskällor och aktörer med vars hjälp de studerande själva kan lära sig mer om att upprätthålla och främja hälsan och lösa problem som gäller studierna. Inom studerandehälsovården går hälsovårdarnas mottagningsverksamhet i praktiken till stor del ut på att handleda de studerande i egenvård och ge förebyggande hälsovård. Också på läkarnas mottagningar är det nödvändigt att tala om faktorer som påverkar hälsan.

Vid mottagningstillfället är de flesta patienterna inte redo att göra några förändringar i sina levnadsvanor. Individens beredskap att förändra sina levnadsvanor kan åskådliggöras med en linje, där de som befinner sig längst till vänster inte alls är intresserade av någon förändring medan de som befinner sig längst till höger redan har förändrat sina levnadsvanor. Att förändra sina levnadsvanor är en process där man tar ett steg i taget. Hur yrkespersonen inom hälsovården skall agera beror på var den studerande befinner sig på linjen. Genom att ställa öppna frågor får man reda på graden av förändringsvilja. (Mustajoki 2003.)

Stark motivation hos patienten, psykologisk och pedagogisk kunskap hos yrkespersonen och långvariga och intensiva interventioner är en förutsättning för att en patient skall förändra sina levnadsvanor. Ändå är misslyckanden vanliga. Till exempel kan det behövas många försök innan en person lyckas sluta röka eller minska sin alkoholkonsumtion.

Interventionerna har större effekt om de inriktas på riskgrupper och personer som redan har insjuknat. (Mustajoki 2004.)

Hälsorådgivning är en krävande färdighet. Nyckelordet är motiverande samtal: hur kan yrkespersonen inom hälsovården väcka patientens inre motivation till förändring eller undanröja hindren för motivation. Enligt Mustajoki (2003) har människor ett inre behov av att kontrollera sitt liv, och dit hör en vilja att hålla sig frisk. Den här egenskapen kan kallas inre motivation. Å andra sidan väcker råd som kommer utifrån lätt en inre "rebell", eftersom var och en själv vill råda över sitt liv. Direkta uppmaningar att förändra levnadsvanorna motiverar inte patienten, utan leder tvärtom ofta till motstånd mot förändring. Ett jämlikt samtal, information som inte skuldbelägger samt överlåtande av ansvaret till den studerande gör att den inre motivationen får plats att växa fram. Överhuvudtaget borde en yrkesperson inom hälsovården aldrig direkt berätta för patienten vad han eller hon borde göra. Samtalet borde föras så att patienten själv tvingas tänka igenom saken och komma fram till en lösning som är bra för hans eller hennes hälsa. Att leda in samtalet på lämpliga frågor är en del av yrkespersonens kompetens. (Mustajoki 2003.)

Individuell hälsorådgivning är en interaktiv situation där bägge parter påverkar samtalets innehåll och omfattning. I bästa fall går hälsorådgivningen ut på gemensam lösning av ett hälsoproblem. Yrkespersonen inom hälsovården för in kompetens i situationen, men rådgivningen får inte inkräkta på individens självbestämmanderätt. Rådgivningen borde alltid stödja den studerandes egna resurser. Hälsorådgivning handlar om att lära tillsammans, en dynamisk interaktion som utvecklas. Inom hälsorådgivningen borde man tillsammans med de studerande skriftligt formulera rådgivningens innehåll, de konkreta målen, metoderna för att nå dessa mål samt utvärderingen av hur målen nåtts.

Vissa studerande kan ha mekanistiska eller perfektionistiska drag i sin livsattityd. I en undersökning bland universitetsstuderande hade en tredjedel av de synnerligen motionsaktiva för avsikt att börja motionera ännu mera, hälften av dem som åt hälsosammast ansåg att de borde äta ännu hälsosammare och en tredjedel av de normalviktiga kvinnorna ansåg att de var överviktiga. Studerandehälsovården borde kunna befria unga människor inte bara från onödig bantning utan också från onödiga bekymmer om mat och motion, genom att förstärka uppfattningarna om vad som är tillräckligt bra mat och tillräcklig motion ur hälsosynpunkt. (Kunttu 1997.)

Som stöd bör hälsorådgivningen ha aktuellt material som lämpar sig för personer i studieåldern att dela ut på mottagningarna, eftersom undersökningar har visat att människor har svårt att komma ihåg information och anvisningar som de har fått vid mottagningstillfället. Stödmaterialet gör att budskapet går hem bättre, eftersom personen kan återkomma till det hemma. Utöver det skriftliga materialet kan man också informera intresserade om tillförlitliga källor på internet.

Rekommenderad läsning:

- Hirvonen E, Pietilä A-M, Eirola R. 2002. Terveyskeskustelu – tavoitteena dialogi terveyden edistämiseksi. Teoksessa: Pietilä A-M. ym. Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY, 219–242.
- Kettunen T, Poskiparta M, Karhila P. 2002. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. Hoitotiede 14(5), 213–222.
- Motivoiva haastattelu, Sosnet, Helsingin yliopisto www.valt.helsinki.fi/yhpo/sos-web/sivut/motivointi
- Peltonen H, Kannas L. 2005. Terveystieto tutuksi – ensiapua terveystiedon opettamiseen. Opetushallitus.
- Poskiparta M. 2002. Neuvonnan keinoin kohti terveyskäyttäytymisen muutosta. Teoksessa toim. Torkkola S. Terveysviestintä, Helsinki: Tammi.
- Terho P. 2003. Nuoret ja nuoret aikuiset. Terveysneuvonta. Teoksessa: Koskenvuo, K. (toim.) Sairauksien ehkäisy. Duodecim.

8.4.2 Hälsundersökningar

Med hälsundersökning avses granskning av hälsotillståndet och arbets- och funktionsförmågan genom kliniska undersökningar eller andra ändamålsenliga och tillförlitliga metoder samt utredning av hälsotillståndet i samband med hälsofrämjande (Statsrådets förordning 2001). Hälsundersökningarna av förstaårsstuderande kan betraktas som åldersgrupps- eller livsfasundersökningar och deras innehåll påminner mycket om hälsundersökningarna inom företagshälsovården.

Centrala principer vid hälsundersökningarna inom studerandehälsovården är klient- och resurscentrering, individualitet, jämlikhet, frivillighet, respekt för den studerande och frånvaro av brådska. Vid hälsundersökningar inom studerandehälsovården måste man veta vilka hälsokrav som gäller för utbildningsområdet i fråga. Därtill bör även lagar och författningar som gäller arbetslivet beaktas.

Hälsundersökningarna av förstaårsstuderande har som mål att:

- 1)** Tillsammans med den studerande utreda personens livssituation, levnadsvanor, sociala nätverk och studierna som en del av välfärden som helhet.
- 2)** Stödja och förstärka resurserna. Upptäcka risker i levnadsvanorna och ge råd och handledning om hur man kan minska dem.
- 3)** Bedöma den studerandes hälsotillstånd med tanke på att personen skall klara studierna.
- 4)** Hänvisa den studerande till tjänster, om det finns problem som hotar eller hämmar funktionsförmågan.
- 5)** Lägga upp en plan för uppföljning, behandling och rehabilitering av kroniska sjukdomar under studietiden.
- 6)** Tillsammans med läroanstalten och andra aktörer utreda vilka rehabiliterings- och stödåtgärder specialstuderande behöver (med specialstuderande avses studerande som i grundskolan har haft helt eller delvis anpassad undervisning eller klassbyte samt

studerande som anmälts som specialstuderande i den fortsatta utbildningen).

7) Kartlägga behovet av preventivmedel och sexualhälsorådgivning.

8) Informera om vilka tjänster studerandehälsovården tillhandahåller.

På andra stadiet hälsoundersöks alla förstaårss studerande av en hälsovårdare. Den här undersökningen baserar sig dels på en intervju med den studerande samt riskbedömning och handledning med avseende på arbetshälsan, dels på hälsouppgifterna från grundskolan. Under det första studieåret görs hälsoundersökningen av en läkare i följande fall:

- specialstuderande (bedömning av stödinsatser)
- studerande med långtidssjukdom
- studerande med hälsorisker som inverkar på studielinjen eller det framtida yrket (astma, allergier, eksem, hörselskador, fysiska begränsningar, medicinering som påverkar arbetsförmågan o.d.)

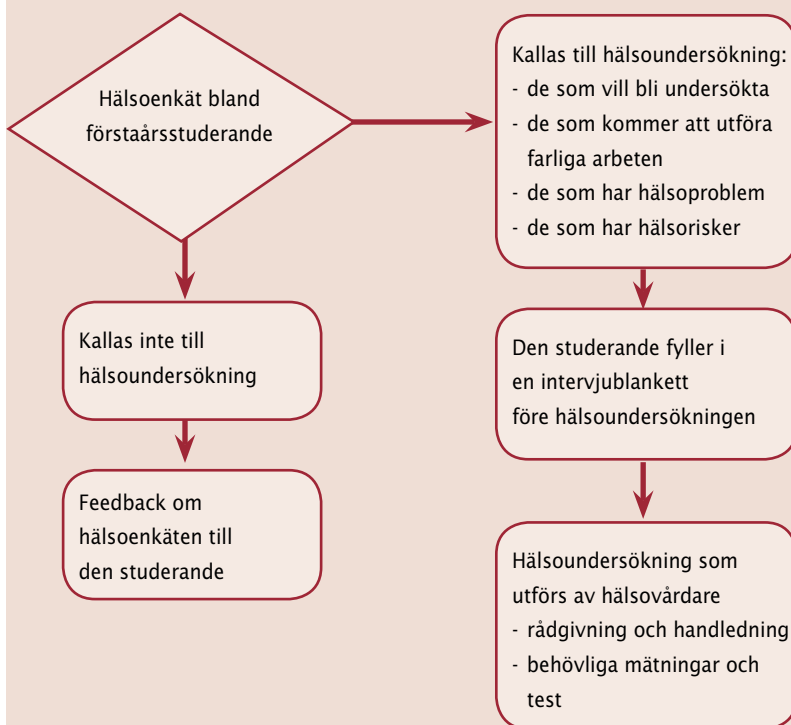
(Friska) manliga studerande genomgår läkarundersökning under uppbådsåret och andra studerande under första eller andra studieåret och ett Hälsointyg för ungdom skrivs ut åt dem. Ingen läkarundersökning görs om det vid antagningen till läroanstalten har krävts ett T-intyg eller ett Hälsointyg för ungdom.

Hälsointyget för ungdom utnyttjas när studerande behöver läkarintyg. Intyget skrivs ut inom studerandehälsovården åt personer som fyllt 15 år. Intyget baserar sig på en systematisk, individuell övervakning av hälsotillståndet som gjorts inom skol- och studerandehälsovården. Intyget är framtaget för att fylla de allmänna kraven på bedömning av en frisk ungs persons hälsotillstånd. Intyget ger sådana uppgifter om hälsotillståndet som behövs för olika läroanstalter, för körkort (traktor, motorcykel, person-, paket- eller lastbil samt fordonskombination med en personbil som dragbil), vid uppbådsgranskningen för värnpliktiga, s.k. granskning av förhandsuppgifter, samt en bedömning av hälsotillståndet som behövs när man söker ett jobb. (Social- och hälsovårdsministeriet 1994 och 1996.)

Inom den högre utbildningen består hälsoundersökningen av förstaårss studerande av en kartläggande hälsoenkät. Om enkäten ger anledning till det hälsoundersöks personen därefter av en hälsovårdare (figur 6).

Vid planeringen av undersökningar som utförs före arbetspraktik eller praktisk arbetslivsorientering samarbetar man med läroanstaltens elevhandledare och anlitar vid behov yrkespersoner inom företagshälsovården. Studerande som under studietiden utför arbeten som medför särskild risk för insjuknande skall genomgå läkarundersökning och vid behov periodiska undersökningar. Dessutom måste man beakta vilka utmaningar den studerandes individuella egenskaper medför med tanke på studierna.

Figur 6. Hälsoundersökningar av studerande inom den högre utbildningen



Hälsoenkät bland förstaårsstuderande

En kort hälsoenkät skickas till alla förstaårsstuderande genast i början av studierna (Bilaga 10). På andra stadiet skickas en egentlig hälsointervjublankett (Bilaga 11). Det rekommenderas att verktyget för bedömning av missbruk hos unga personer ADSUME (Bilaga 17) bifogas till personer under 18 år och AUDIT till myndiga personer. På basis av enkäten väljer hälsovårdaren inom studerandehälsovården ut de studerande inom den högre utbildningen som skall kallas till hälsoundersökning. Med hjälp av enkäten kan man också bedöma hur bråttom det är med kallelsen.

I hälsoenkäten kartläggs den studerandes hälsotillstånd och hälsobeteende, men även frågor som gäller studier och sociala relationer. Hälsoenkäten har till uppgift att få den studerande att mångsidigt fundera över faktorer som rör hans eller hennes hälsa och på det sättet hjälpa den studerande att upptäcka sina egna möjligheter att främja sin hälsa och välfärd. Enkäten gör det också lätt för den studerande att söka hjälp hos yrkespersoner inom hälsovården. I hälsoenkäten betonas den studerandes egen erfarenhet och bedömning så att man ber den studerande ange en

siffror som beskriver de saklägen som efterfrågas. På basis av siffrorna kan yrkespersonalen inom studerandehälsovården bilda sig en uppfattning om huruvida det är befogat att hälsoundersöka den studerande. På basis av den information som enkäten ger väljer man ut de studerande som i första hand kallas till hälsoundersökning och intervju samt planerar fortsatta åtgärder för att stödja de studerande.

Om studerandehälsovården har tillräckligt med resurser kan man sätta som mål att undersöka alla nya som frivilligt kommer på hälsoundersökning. Enkäterna ger dock ett verktyg med vars hjälp man primärt kan inrikta hälsoundersökningarna på de studerande som man bedömer har störst nytta av undersökningen. Varje studerande bör få personlig feedback på hälsoenkäten. Feedbacken skall innehålla hälsovårdarens bedömning av det eventuella behovet av hälsoundersökning, vid behov anvisningar och material för egenvård samt kontaktuppgifter till studerandehälsovården för eventuellt senare behov.

Organiseringen av enkäten och de fortsatta åtgärderna i samband därmed planeras i samråd mellan studerandehälsovårdens och läroanstaltens personal. I planeringsskedet är det bra att även samarbeta med de studerande vid läroanstalten.

Personlig hälsoundersökning för förstaårsstuderande

Under det första studieåret hälsoundersöks alla studerande på andra stadiet av en hälsovårdare, och inom den högre utbildningen hälsoundersöks de som

- 1)** i hälsoenkäten har meddelat att de vill delta i en hälsoundersökning inom studerandehälsovården
- 2)** under studietiden kommer att utföra arbeten som medför särskild risk för insjuknande
- 3)** på basis av hälsoenkäten behöver hjälp av en yrkesperson inom hälsovården eller vidarehänvisning för utredning eller behandling av hälsoproblem
- 4)** på basis av hälsoenkäten bedöms ha nytta av intervention från hälsovården på grund av hälsovådligt beteende eller andra hälso-risker.

Det rekommenderas att en detaljerad intervjublankett (Bilaga 11) på förhand skickas till de studerande som kallas till personlig undersökning. Blanketten fungerar som grund för samtalet, riktar in det samt gör det lättare att ta upp känsliga frågor. Det rekommenderas att hälsoundersökningen utförs vid läroanstalten av en hälsovårdare som känner till hälsokraven inom olika utbildningsområden. En hälsoundersökning som utförs av hälsovårdare i början av studierna kan anses tillräcklig, särskilt om uppföljningsuppgifterna från skolhälsovården ligger till grund för den. Vid behov hänvisas den studerande till läkarmottagning för ytterligare undersökningar.

Hälsoundersökningens uppgift är att ge en helhetsbild av den studerandes hälsa och välfärd samt styra den studerande att göra val som främjar hälsa. Det centrala i undersökningen är att kartlägga den studerandes livssituation, självkänsla och resurser, motivation och risker, förändringsvilja eller hinder för förändring. Hälsoundersökningen innefattar också att stödja den studerandes utveckling till en självständig vuxen individ. Man sätter sig in i den studerandes personliga frågor eller problem, till exempel besvär från nacke och axlar, sömnstörningar, relationsproblem, ätstörningar, "internetberoende", läs- och skrivsvårigheter, specialfrågor som gäller invandrarestuderande och utländska studerande eller andra studerande som behöver särskilt stöd.

Vid hälsoundersökningsverksamheten inom studerandehälsovården rekommenderas det att alla nya studerande fyller i följande blanketter i screeningsyfte

- en kort hälsoenkät (Bilaga 10) och eller en hälsointervjublankett (Bilaga 11)
- ADSUME för bedömning av missbruk hos unga personer (Bilaga 17) alternativt AUDIT (Bilaga 16).

Vid hälsoundersökningen görs efter behov grundläggande undersökningar av hälsotillståndet, till exempel

- vägning och mätning för konstaterande av över- eller undervikt (hos vuxna även mätning av midjemåttet och instruktioner om detta)
- mätning av blodtrycket
- synkontroll och test av färgseendet
- hörselkontroll
- test av nikotinberoendet
- screening för anorexi
- för utredning av det psykiska välbefinnandet depressions-/sinnesstämningstest eller ett screeningtest för psykisk hälsa som tagits fram för universitetsstuderande. Det senare består av nio frågor från centrala områden i unga vuxnas liv för bedömning av den studerandes resurser och stress.

Exempel på testformulär finns bland bilagorna (Bilaga 13–15).

Vidare bör studerandehälsovården bereda sig på att vid behov skicka den studerande till laboratorieundersökningar, till exempel hemoglobinmätning eller urinprov eller utredning av B-hepatit, HIV-infektion eller könssjukdomar.

8.4.3 Vaccinationer

För alla studerande kontrolleras att de har vaccinerats enligt det allmänna vaccinationsprogrammet (stelkramp, difteri, polio samt mässling-påssjuka-röda hund). Stelkramps- och difterivaccinationen borde förnyas vart tionde år, poliovaccineringen bara om man reser till länder där polio fortfarande förekommer.

Hos finländare födda 1970 eller senare kontrolleras antalet doser av mässlings- och rödahundvaccin samt MPR-vaccin (MPR = mässling, påssjuka, röda hund) så att man kan försäkra sig om att alla har fått MPR-vaccin två gånger. Det rekommenderas att alla personer för vilka det inte kan klarläggas om de har vaccinerats eller haft MPR-sjukdomarna ges två doser MPR-vaccin med minst ett halvt års mellanrum, men helst med 2–3 års mellanrum.

När det gäller biologiska risker förutsätter det nuvarande EU-regelverket vaccinering om det finns ett fungerande vaccin och en mikrob förekommer som en möjlig exponeringsfaktor på en arbets- eller studieplats. Ett typiskt exempel är B-hepatit, som hälsovårdsstuderande borde ha immunitet mot. Finland saknar tydliga anvisningar om vem som skall bekosta dessa vaccinationer, läroanstalten eller hälsovården. Till exempel i Helsingfors och Åbo sköter universitetet om vaccineringen av medicine studerande.

De som åker utomlands för att studera gör klokt i att kontrollera vilka vaccinationskrav som gäller vid läroanstalten i mottagarlandet samt de allmänna riskerna för smittsamma sjukdomar. Organisationerna för utbytesstuderande informerar de studerande om detta. Till exempel i USA krävs i allmänhet läkarintyg över eventuell positiv Mantoux-reaktion på grund av BCG-vaccination samt vaccinationsintyg. Den studerande kan få med sig ett intyg på engelska över BCG-vaccinationspraxis i Finland. När det gäller B-hepatit skall studerande som reser till endemiska områden för arbetspraktik inom hälsovården vaccineras mot hepatit B. Vaccinationen ges gratis som en del av det allmänna vaccinationsprogrammet.

Det rekommenderas att utländska studerande som kommer till Finland för att studera sköter om sina basvaccinationer innan de kommer till Finland (vaccin mot difteri, stelkramp, polio, påssjuka, röda hund och mässling).

Rekommenderad läsning:

På Folkhälsoinstitutets webbplats www.ktl.fi finns information om vaccinationer och vaccinationsprogrammet.

Vaccinatörens handbok. 2005. Folkhälsoinstitutet.

Social- och hälsovårdsministeriets förordning om vaccinationer samt om screening av smittsamma sjukdomar under graviditet 421/2004.

Anordnande av allmänna frivilliga vaccinationer. Social- och hälsovårdsministeriets föreskriftssamling 2002:1. Social- och hälsovårdsministeriet.

8.4.4 Gruppverksamhet

Många frågor som gäller hälsofrämjande och handledning i egenvård kan skötas genom gruppverksamhet, där kamratstödet från gruppen är viktigt. I de studerandes egen gruppverksamhet kan man tackla frågor utifrån deras livssituation och psykosociala utvecklingsfas. Handledning i grupp är mera ekonomisk och i många situationer minst lika effektiv som individuell handledning (Mustajoki 2004).

Undervisnings- eller terapeutisk verksamhet som riktar sig till en avgränsad eller utvald målgrupp kan kallas gruppverksamhet. Gruppverksamheten kan gå ut på stöd och information, träning eller verksamhet som syftar till att förändra beteendet och öka självkännetdomen.

- 1) Stöd och information: till exempel kort information till personer med besvär från nacke och axlar, faktapaketen "Rusinoita reppuun" för studerande som skall åka utomlands eller bli utbytesstuderande, förstahjälpenutbildning eller grupphandledning för personer med en viss sjukdom.
- 2) Träning: till exempel terapeutiska motionsgrupper för personer med besvär från stöd- och rörelseorganen, eller avslappningsträning.
- 3) Gruppverksamhet som syftar till att förändra beteendet, till exempel bantning, psykisk spänning och stresshantering.

Grupphandledning för en motiverad åhörarkrets är inte bara ekonomisk utan också fruktbar på grund av den diskussion som uppstår. Terapeutisk motion behövs till exempel för personer med besvär från nacke-axlar-rygg, eftersom personer med dessa besvär har svårt att delta i motionsgrupper för friska och vältränade personer. Tröskeln att gå med i en motionsgrupp är också lägre om gruppen är homogen till exempel i fråga om ålder eller kön.

I gruppernas mål och aktiviteter får delområdena olika tyngd. Bäst kan man genom gruppverksamhet påverka faktorer som gäller egenvård och levnadsvanor, såsom kunskap, förväntningar och attityder. I en grupp kan man också identifiera faktorer som möjliggör aktivitet, men också hinder som begränsar den, såsom bristande färdigheter. Till gruppverksamheten hör att diskutera metoder för att undanröja hinder. Genom att utbyta erfarenheter och åsikter får man socialt stöd och stärker genomförandet av egenvården och ökar chansen för att förändringarna i levnadsvanorna blir bestående.

Gruppverksamhet som syftar till att förändra beteendet är mest krävande. Vid sådan verksamhet bör man inte bara betona kunskap och färdigheter utan också gå närmare in på egenvård och metoder och processer som stödjer livsstilsförändringar. Exempel på sådana metoder och processer är jag-kan-upplevelser, problemlösningsförmåga, förmåga till självkontroll samt livskvalitetsfaktorer. Vid grupphandledning lägger man vikten på diskussioner mellan de studerande samt ökar deras möjligheter att lösa problem, fatta beslut och göra bedömningar av sin

egen egenvård och sina levnadsvanor. På det här sättet hjälper man dem att utveckla förmågan till kritisk bedömning och att identifiera sina egna resurser vid valet av hälsosamma levnadsvanor. Samtidigt kan man kontrollera de studerandes kunskapsnivå och kunskapernas riktighet. Det är en utmaning att leda gruppen så att diskussionerna inte bara handlar om att kartlägga de studerandes egenvård och levnadsvanor.

Ofta är det till en början svårt att få ihop grupper. Det lönar sig att ordna gruppverksamhet om frågor som de studerande själva känner att de behöver hjälp med. Till exempel behövde de studerande enligt hälsoundersökningen bland universitetsstuderande (Kunttu ja Huttunen 2005) hjälp med stresshantering, psykisk spänning, frågor som rör motion och ergonomi samt studiefärdigheter. Grupper och kurser om de här frågorna har även varit populära. En förutsättning är emellertid att gruppverksamheten återkommer regelbundet varje år, så att aktörerna inom studerandehälsovården kan hänvisa de studerande till dessa kurser och så att man fortlöpande kan starta nya grupper. Ett annat problem kan vara att de studerande inte engagerar sig tillräckligt starkt i gruppen. Engagemanget förstärks om den studerande måste fundera på om han eller hon vill delta och måste ansöka om att få delta i gruppen/kursen – motivera varför han eller hon vill vara med.

Hälsofrämjande gruppverksamhet ordnas utifrån de lokala behoven antingen med egna krafter, i samarbete med andra aktörer eller genom att man försöker påverka den gruppverksamhet som ordnas av olika organisationer. Exempel på samarbetsorganisationer är Föreningen för Mental Hälsa och Yliopistoliikunta, som även arrangerar terapeutisk motion, samt Nyyti ry, som både har virtuella grupper och grupper som möts ansikte mot ansikte. Bilaga 19 och 20 innehåller modeller för hur man kan lägga upp programmet i viktkontrollgrupper och grupper som går ut på att övervinna rädslan att tala inför andra.

Fördelar med gruppverksamhet: möjlighet att lära av andra, kamrattöd och utbyte av erfarenheter, ett mångsidigt perspektiv, man lär sig problemlösningsförmåga, jobbar länge med problemet, får socialt stöd, ett sätt att skapa och upprätthålla bekantskaps-/vänskapsrelationer. Dessutom kan resurserna inriktas, vilket sparar pengar.

Nackdelar med gruppverksamhet: bristande engagemang från deltagarnas sida, grupphandledarens färdigheter kan vara bristfälliga, begränsningar i fråga om individualiteten, negativa åsikter och erfarenheter, problem med relationerna, svårt att träffas regelbundet samt kostnader för arrangemangen.

Rekommenderad läsning:

Koffert T, Kuusi K. 2002. Depressiokoulu, opi masennuksen ehkäisy- ja hoitotaitoja. Suomalainen selviytyjä -julkaisusarja. Mielenterveyden koulutuskeskus. Vantaa.

Elämäntaitokurssi. Nyyti ry 2005. Finns på: www.nyyti.fi/teemailat_ja_ryhmat/Elamantaitokurssi.pdf

8.5 Hälsokommunikation

Med hälsokommunikation avses här målinriktad hälsofrämjande information för att förbättra de studerandes hälsomedvetenhet och hälsokompetens i övrigt. Genom hälsokommunikation kan man stärka föreställningar och attityder om hälsa och inspirera de studerande att söka mer information. Hälsokommunikation omfattar förutom personlig hälsorådgivning även hälsojournalistik, samhällskommunikation, riskkommunikation, social kommunikation och marknadsföring. (Savola ja Koskinen-Ollonqvist 2005.)

Inom studerandehälsovården förstärker man utvecklingen av den hälsokompetens (health literacy) som börjat i barndomen. Med hälsokompetens avses kunskapsfärdigheter och sociala färdigheter som bestämmer individens motivation och förmåga att söka fram, förstå och använda information på ett sätt som främjar och upprätthåller god hälsa. Hälsokompetensen beskriver kunskapsnivån, de personliga färdigheterna och självförtroendet att handla på ett sätt som gagnar den egna och samhällets hälsa genom att förändra livsstilen och påverka livsförhållanden utveckling.

Studerandehälsovårdens uppgift inom hälsokommunikationen är att ordna information om hälsa, hjälpa de studerande att hitta tillförlitliga informationskällor och erbjuda tillfällen att diskutera hälsokommunikation som kommit från annat håll. Målet är att över olika kanaler tillhandahålla aktuell hälsoinformation som motsvarar de studerandes behov.

Hälsokommunikationen i skolgemenskapen kan omfatta evenemang för de studerande, temautställningar, föreläsningar, artiklar. Hälsokommunikationen kräver vanligen samarbete mellan åtminstone hälsovården, läroanstalten och de studerandes egna gemenskaper. Personalen inom studerandehälsovården kan fungera som initiativtagare och sakkunnig. Hälsokommunikationens omfattning beror på de tillgängliga resurserna.

Som kommunikationsmaterial används både eget och andras material som lämpar sig för studerande. Vid SHVS har man ur det rikliga utbudet av broschyrmaterial från olika aktörer plockat ut infoblad och broschyrer som motsvarar unga vuxnas behov. En förteckning över detta material finns på SHVS:s webbplats (www.yths.fi) under Terveystiedon edistäminen. Vid enheter med svenskspråkiga eller utländska studerande skall det också finnas material på svenska och engelska.

Studerandehälsovården kan hjälpa de studerande att skaffa så tillförlitligt skriftligt och elektroniskt material som möjligt om hälsa och behandling av sjukdom, till exempel patientversionerna av riktlinjerna för god medicinsk praxis Käypä hoito. Den hälsoportal för medborgarna som är under utveckling kommer i framtiden att vara till stor hjälp även för yrkespersonalen inom hälsovården.

Rekommenderad läsning:

- Jakonen S. 2002. Terveysten lukutaito – uusi näkökulma yksilön oman terveyden edistämiseen? Teoksessa: Hoitotyön vuosikirja 2003. Terveysten edistäminen. Toim. Koivisto T. ym. 121–132. Helsinki.
- Torkkola S, toim. 2002. Terveysviestintä. Helsinki: Tammi.
- Torkkola S, Heikkinen H, Tiainen S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.

8.6 Hälsovanor och påverkan av dem

Hälsovanorna anses ofta rätt bestående; det har ju visat sig att en persons tidigare beteende i en viss fråga bäst förutspår hur han eller hon kommer att bete sig i framtiden. När det gäller hälsofrämjande är det ändå viktigt att inse att man inte är slav under sina vanor, utan att förändringar hela tiden sker. Man har konstaterat att de mest bestående hälsobeteendeformerna är dels rutiner, som att borsta tänderna och använda säkerhetsbälte, dels användning av beroendeframkallande ämnen såsom tobak, alkohol och kaffe. Vid en femårig uppföljning bland universitetsstuderande konstaterade man likaså rätt många beteendeförändringar både till det bättre och sämre. Även om det har konstaterats vara relativt sällsynt att man går från en ytterlighet till en annan i sitt beteende, sker detta oftast när rökare slutar röka eller när fysiskt passiva börjar motionera. (Kunttu ja Kylmä 2003.)

Den studerandes närmiljö har stor betydelse vid valet av livsstil. Olika utbildningsformer är förknippade med olika livsstilar, som de studerande socialiseras in i både avsiktligt och oavsiktligt. Men livsstilen är ändå ingenting konstant, utan individen förändrar sin livsstil hela tiden utifrån sin erfarenhet och i växelverkan med sin omgivning.

Inom studerandehälsovården försöker man påverka de studerandes hälsobeteende med både *grupp- och individinriktade metoder* för att hälsosamma levnadsvanor skall bli en positiv resurs i de studerandes vardag. Studiemiljöerna och skolgemenskaperna bör möjliggöra hälsofrämjande vanor och val och uppmuntra de studerande till dem. Det effektivaste sättet att förändra hela befolkningens livsstil är legislativa, ekonomiska och andra interventioner på samhällsnivå (Mustajoki 2004).

Motiven för ett hälsosamt beteende – särskilt hos människor som i övrigt är friska – har ofta ingenting alls att göra med hälsa. Det viktigaste drivfjädern kan vara att motion ger avkoppling, rekreation och tillfälle att njuta av naturen, att tandborstning har en social dimension och vegetarisk kost en etisk dimension, eller att en kalorifattig diet påverkar utseendet. I bakgrunden finns många kulturella, ekonomiska och sociala faktorer som inverkar. (Kunttu ja Kylmä 2003.)

Tabell 11 ger statistisk information om risker i de studerandes hälsobeteende.

Tabell 11. Risker i de studerandes hälsobeteende (%)

(Uppgifter från 2004, för yrkesläroanstalter dock från 2005, uppgifter från 2004 inom parentes)

Riskbeteende	Gymnasieelever ^{1, (2)}		Studerande vid yrkesläro- anstalter ^{3, (4)}		Yrkehögskole- studerande ⁵		Universitets- studerande ^{6, (7)}	
	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män	Kvinnor
Röker dagligen	15 (19)	18 (21)	39 (48)	43 (45)	28 (-)	18 (-)	8 (9)	7 (7)
Snusar dagligen/regelbundet	3 (3)	1 (0)	- (5)	- (0)	- (-)	- (-)	2 (2)	0 (0)
Dricker sig rejält berusad minst 1-2 gånger i månaden	40 (32)	30 (18)	- (33)	- (26)	-	-	-	-
Dricker minst 6 portioner alkohol per gång minst en gång i månaden	-	-	-	-	74 (-)	41 (-)	61 (55)	31 (25)
Dricker sig rejält berusad en gång i veckan	8 (6)	4 (2)	9 (16)	5 (5)	-	-	-	-
Dricker minst 6 portioner alkohol per gång minst en gång i månaden	-	-	-	-	28 (-)	8 (-)	20 (20)	6 (5)
Har någon gång prövat marijuana eller hasch (de vanligaste narkotikaslagen)	18 (18)	17 (17)	- (23)	- (21)	-	-	24 (23)	18 (16)
Har prövat narkotika av något slag	-	-	15 (-)	19 (-)	24 (-)	17 (-)	26 (24)	19 (17)
Har använt marijuana eller hasch minst 5 gånger eller oftare	7 (6)	5 (5)	- (8)	- (6)	-	-	7 (7)	5 (4)
Motionerar inte varje vecka	9 (10)	10 (10)	17 (18)	21 (14)	22 (-)	19 (-)	20 (24)	19 (21)
Vardagsmotion 30 min. eller mindre per dag	-	-	64 (-)	54 (-)	76 (-)	64 (-)	72 (73)	61 (60)
Äter vanligen inte skolmat	10 (10)	16 (16)	- (13)	- (15)	-	-	-	-
Äter ingen lunchmåltid	-	-	-	-	-	-	5	4
Vid matinköp: Tänker inte (eller bara sällan) på om maten är hälsosam	-	-	31 (-)	6 (-)	11 (-)	2 (-)	14 (12)	3 (2)
Går i säng på ganska eller mycket oregelbundna tider	- (41)	- (31)	- (46)	- (30)	-	-	-	-
Sover bara sällan eller nästan aldrig tillräckligt, enligt egen uppfattning	-	-	-	-	-	-	13 (-)	14 (-)
Senaste samlaget oskyddat	10 (10)	9 (7)	- (18)	- (15)	-	-	-	-
Ingen närstående person att tala med	13 (12)	5 (4)	- (13)	- (5)	-	-	8 (8)	2 (2)
Borstar inte tänderna minst två gånger om dagen	62 (-)	40 (-)	-	-	-	-	44 (43)	25 (24)

Källor: ¹ Stakes 2004, ⁽²⁾ Stakes 2000, ³ Holappa 2005, ⁽⁴⁾ Stakes 2000, ⁵ Erola 2004, ⁶ Kunttu ja Huttunen 2005, ⁽⁷⁾ Kunttu ja Huttunen 2001

Uppgifter om de undersökta finns i bilaga 4.

8.6.1 Rökning och snusning

Ohälsosamma hälsovanor har en benägenhet att anhopas kring rökning. Studerande som röker använder alkohol och droger oftare än de som inte röker och har ohälsosammare motions- och matvanor. För snusare är situationen litet annorlunda, eftersom snusarna är aktiva idrottare och ofta sysslar med någon lagsport (Leikomaa ym. 2004). Att använda tobak – både att röka och snusa – kan säga något om en ung persons vilja att visa att han eller hon är "en viss sorts person som ägnar sig åt vissa saker och umgås med ungdomar av en viss sort" (Topo ym. 1988).

Av hälsovanorna är rökning en av de mest bestående. I en uppföljningsundersökning bland universitetsstuderande hade ytterst få (4 % av männen, 0 % av kvinnorna) börjat röka under de fem åren av studier. Det omvända var vanligare: av männen som rökte regelbundet slutade 13 % röka helt och hållet och av kvinnorna 26 %. (Kunttu ja Kylmä 2003.)

Utbredning

Ett av målen för folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 är att minska rökningen bland 16–18-åringar till mindre än 15 %. Det är en stor utmaning, eftersom det fortfarande är mycket vanligt att röka. Vanligast är det bland yrkesstuderande: av dem röker nästan hälften dagligen. Av gymnasieeleverna och de yrkeshögskolestuderande röker omkring var femte dagligen, men av de universitetsstuderande bara 8 %. (Tabell 11) Det finns också ganska många som röker sporadiskt. Tabell 12 visar andelen studerande som inte röker alls.

Snusning är inte särskilt vanligt bland studerande. Några få procent av de manliga studerande snusar regelbundet eller dagligen, medan kvinnorna nästan inte snusar alls (Tabell 11). Däremot finns det många män som snusar då och då och som prövar på snus. Av gymnasieeleverna har 8 % snusat över 50 gånger (Stakes 2005a) och av de yrkesstuderande 15 % (Stakes 2000).

Tabell 12. Andelen ickerökare bland studerande på olika utbildningsnivåer 2000 och 2004/2005 (%)

Utbildningsnivå	Män		Kvinnor	
	2000	2004 eller 2005	2000	2004 eller 2005
Gymnasier	59 ²⁾	69 ¹⁾	56 ²⁾	68 ¹⁾
Yrkesutbildning	39 ⁴⁾	47 ³⁾	44 ⁴⁾	40 ³⁾
Yrkeshögskola	-	56 ⁵⁾	-	67 ⁵⁾
Universitet	76 ⁷⁾	76 ⁶⁾	81 ⁷⁾	78 ⁶⁾

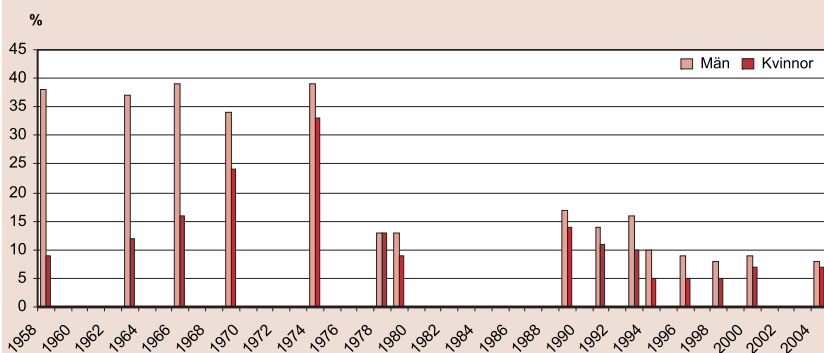
Källor: ¹⁾ Stakes 2005a, ²⁾ Stakes 2000, ³⁾ Holappa 2005, ⁴⁾ Stakes 2000, ⁵⁾ Erola 2004

⁶⁾ Kunttu ja Huttunen 2005, ⁷⁾ Kunttu ja Huttunen 2001

Uppgifter om de undersökta finns i bilaga 4.

Ännu på 60–70-talet var det vanligt att universitetsstuderande rökte, men inte nu längre (figur 7). Utvecklingen visar att även stora förändringar är möjliga.

Figur 7. Universitetsstuderande som röker dagligen enligt undersökningar 1958–2004



Källa: Kunttu ja Huttunen 2005

Handlingsmodeller för att minska och förebygga rökning

Lagstiftningen har en stor inverkan på människornas hälsovanor. Redan den diskussion som förs i samband med lagberedningen får folk att tänka efter. Så gick det till exempel för de universitetsstuderande, vars attityder började förändras redan innan tobakslagen trädde i kraft (Nieminen ym. 1974). Detta är en delförklaring till den radikala nedgången i rökandet genast efter tobakslagens ikraftträdande. Vid samma tidpunkt började också SHVS med aktiv hälsofostran, där de studerande själva var starkt engagerade (Opiskelijain terveyskasvatus 1970). Förändringen av de universitetsstuderandes rökvanor visar att kulturella förändringar är möjliga, men de förutsätter flera handlingssätt samtidigt.

Enligt tobakslagen är rökning förbjuden i lokaler som är avsedda för elever vid läroanstalter samt på sådana utomhusområden vid läroanstalter som främst är avsedda för personer som inte fyllt aderton år. När det gäller förebyggande av rökning är bestämmelserna i lagen minimikrav. En läroanstalt kan ha mycket mera långtgående regler för att främja ickerökning, hälsa och välfärd bland de studerande samt ordningen vid läroanstalten. Enligt tobakslagen kan en elev som trots påminnelse från läroanstaltens ledning fortsätter att bryta mot bestämmelserna i tobakslagen dömas till böter för rökningssförseelse. Böterna utdöms på anmälan av skolans ledning. Dessa lagrum gäller läroanstalter: tobakslagen (693/1976) 12 § 1 mom., 13 § 1 mom. (rökrum) och 32 § 1 och 4 mom. (rökningssförseelse). (Suomen ASH 2005.)

Det är viktigt att läroanstalten har egna gemensamt överenskomna regler – till exempel som en del av välfärdsplanen. Man borde i synnerhet få med de studerandes egna gemenskaper, elevkårer och hobbygrupper i projektet. De har ett stort inflytande på beteendenormerna i gemenskapen och därmed på de studerandes beteende. Till exempel i Åbo är rökning förbjuden på de universitetsstuderandes egna festplatser. I Uleåborgs kampanj Savuton yliopisto medverkar förutom universitetet även företagshälsovården, studentkåren och SHVS. Som en följd av kampanjen har Uleåborgs universitet deklarerat att det är rökfritt. Studentkåren där har arrangerat en affischtävling, vars skörd har utnyttjats i studenttidningen och i en utmaningskampanj som riktade sig till ämnes- och hobbyföreningar. Dessutom har studentkårens styrelse beslutat att helt slopa rökpauserna vid sina möten och aftonskolor. (Uleåborgs universitet 2005.) I enkäten Hälsa i skolan 2000 rapporterade över hälften av de yrkesstuderande att lärarna eller andra i personalen rökte i skolbyggnaden eller på skolans område (Stakes 2000). Det här är en negativ signal vid strävandena att få de studerande att röka mindre.

Individuell rådgivning i olika sammanhang är naturligtvis central. När kvinnliga studerande besöker läkare i p-pillerärenden eller uppvisar papa-förändringar är det bra att systematiskt informera om att rökning ökar riskerna. Personalen inom munhälsovården har också en viktig roll vid minskandet av rökningen. Vid munhälsoundersökningar är det lätt att se om en person röker eller snusar.

Rökare kan också få stöd på internet. År 2004 öppnades två avvänjningswebbplatser: www.Stumppi.fi erbjuder avvänjningstjänster och information för vuxna som slutar röka medan www.Happi.fi är en avvänjnings-sajt särskilt för unga rökare. Sidorna innehåller inte bara information utan också mångsidig uppmuntran och stöd för den som vill sluta röka, bl.a. diskussionsspalter, test, en slutaröka-dagbok och en slutaröka-kalender. Där finns också material, information och stöd för yrkespersoner.

Det lönar sig att ordna egna rökavvänjningsgrupper för de studerande. Erfarenheterna av dem är varierande. För att utreda graden av nikotinberoende kan man vid behov använda Fagerströms sexfrågorstest (www.paihdelinkki.fi/testit/).

Rekommenderad läsning:

- Huovinen M. 2004. Tupakka. Hippokrates-sarja, Duodecim (lämpar sig för studerande)
- Patja K, Iivonen K, Aatela E. 2005. Pystyt kyllä – eroon tupakasta. Hippokrates-sarja, Duodecim.
- Tupakointi, nikotiiniiriippuvuus ja vieroitushoidot. 2002. Käypä hoito -suositus. Duodecim. Finns på: www.kaypahoito.fi

8.6.2 Alkohol och andra droger

Utbredning

Riklig alkoholkonsumtion hör än i dag till de studerandes beteendekultur. Om man granskar den genomsnittliga veckoförbrukningen förefaller det dock som om alkoholkonsumtionen inte har ökat bland universitetsstuderande under de senaste 15 åren, snarare tvärtom (Kunttu 2004b). Andra undersökningar bland ungdomar har gett likartade resultat (Lintonen 2005). Å andra sidan kan det hända att det har blivit så vardagligt att dricka alkohol att man inte längre tänker på att man gör det, med underrapportering som följd. Enligt en färsk undersökning dricker 15 % av de studerande inom den grundläggande yrkesutbildningen inte alkohol alls (Holappa 2005) och bland de andraårsstuderande i gymnasiet är andelen 16–17 % (Stakes 2005). Andelen nyktra universitetsstuderande har varit i stort sett oförändrad (5–8 %) ända sedan 70-talet (Erola 2004; Kunttu ja Huttunen 2001 och 2005). Även om det har skett en viss positiv utveckling i fråga om nykterheten, har det blivit vanligare med återkommande alkoholkonsumtion i berusningssyfte.

Bland andraårsstuderande i gymnasiet har andelen personer som dricker sig rejält berusade varje månad ökat oroväckande: för pojkarna 32 % → 40 % och för flickorna 18 % → 30 % från 2000 till 2004. Även bland universitetsstuderande har andelen som dricker sig berusade (minst 6 portioner per gång) varje månad ökat: för männen 55 % → 61 % och för kvinnorna 25 % → 31 %. Av de manliga universitetsstuderande dricker 20 % och av de manliga yrkeshögskolestuderande 28 % minst 6 portioner alkohol per gång åtminstone en gång i veckan. För kvinnor är motsvarande siffror 6 % resp. 8 % (Tabell 11).

Bland männen är det vanligast att dricka sig berusad i början av universitetsstudierna. De som har studerat längst, över 7 år, använder dock kvantitativt sett mest alkohol. Skadlig överkonsumtion av alkohol gör att studierna drar ut på tiden, vilket i sin tur skapar stress och ökar behovet att söka lättnad genom att dricka alkohol. (Kunttu 2004b.) Hos studerande i alla åldrar förklarar riklig alkoholkonsumtion svårigheten att få grepp om studierna (Lounasmaa ym. 2004). I en undersökning bland universitetsstuderande i Helsingfors kan 4–5 % av de kvinnliga och 11–12 % av de manliga studerande kategoriseras som storkonsumenter av alkohol (Nyström 1993; Salonen 2003).

Bra och tillitsfulla relationer har samband med måttlig alkoholkonsumtion. Bland universitetsstuderande har dåliga relationer samband med mycket liten eller riklig alkoholkonsumtion (Kunttu 1997). Omfattande stress hos studerande har samband med riklig alkoholkonsumtion. Hos studerande som saknar en tillitsfull relation ökar tentamensstress alkoholkonsumtionen. (Kunttu 2004b.)

Bland de studerande handlar drogexperimenten i regel om cannabisprodukter samt blandbruk av alkohol och läkemedel. Av de studerande på

andra stadiet har omkring en femtedel åtminstone prövat på cannabis. Var fjärde manlig högskolestuderande har i något skede av livet prövat på någon drog. (Tabell 11) I ett riksperspektiv verkar användning av droger vara vanligast i södra Finland. (Stakes 2000 och 2004; Kunttu ja Huttunen 2001 och 2005.)

Handlingsmodeller för att minska användningen av droger

Att minska de alkohol- och narkotikarelaterade hälsoproblemen är ett mål som tagits in i folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 (Social- och hälsovårdsministeriet 2001b). I statsrådets principbeslut framläggs tre delmål för förebyggande och minskande av alkoholproblem: minska alkoholens skadliga inverkan på barnens och familjernas välbefinnande, minska alkoholens riskbruk och dess skadeverkningar samt vända trenden i totalkonsumtionen av alkohol nedåt (Social- och hälsovårdsministeriet 2003d). Målen för det nationella alkoholprogrammet kan nås enbart om de här principerna tas med vid varje möte med en klient och i de sociala gemenskapernas välfärdsprogram. Läroanstalten bör ha en egen plan för missbruksarbetet med anvisningar om förebyggande och hänvisning till vård.

Precis som vid rökning handlar det även vid alkoholkonsumtion i stor utsträckning om de beteendevanor och den kultur, det sociala tryck som råder i en social gemenskap. Nya studerande socialiseras snabbt in i den egna ämnesorganisationens kultur. Det här är omständigheter som hälsovården inte direkt kan påverka, utan studerandegemenskapen är den centrala aktören. Hälsovården kan väcka de studerande till diskussion till exempel om att de pressar varandra att dricka utan att märka det. Exempel på sådan påtryckning är att det inte finns alkoholfria alternativ och att det väcker uppseende om någon väljer ett sådant. På denna de studerandes centrala roll baserar sig projektet Mäyräkoirasta sikspäkkiin, där man för studerandeorganisationerna har tagit fram en tiofrågorsserie om socialt ansvar och alkohol (Bilaga 18).

Inom studerandehälsovården erbjuder hälsovårdarnas och läkarnas, men även psykologernas och kuratorernas kontakter med de studerande tillfälle till tidigt ingripande mot överkonsumtion av alkohol, så kallad miniintervention. *Miniintervention* går ut på att diskutera alkoholkonsumtion, identifiera hög konsumtion, informera, lyssna och motivera samt sätta upp personliga mål och följa med hur de nås. Miniintervention borde vara ett verktyg som personalen inom studerandehälsovården behärskar. Att föra alkoholkonsumtionen på tal borde vara en rutinmässig del av samtalet vid ett besök på mottagningen.

Miniintervention har visat sig vara en effektiv verksamhetsform (Seppä 2003). Att ställa frågor om alkoholkonsumtionen och individuellt relatera den till patientens hälsotillstånd leder till en påtaglig minskning av alkoholkonsumtionen hos var tionde patient. Man vet att kort rådgivning från vårdpersonalen effektivt förebygger uppkomsten av alkoholproblem. Målgrupp för rådgivningen är riskkonsumenter som ännu inte har

utvecklat ett egentligt alkoholberoende. Det gäller att komma ihåg att i de studerandes språkbruk kan "måttlig" och "normal" alkoholkonsumtion betyda rätt hög konsumtion, och därför måste man i detalj fråga hur stor alkoholkonsumtionen är.

Som hjälpmedel vid utredning av alkoholproblemens omfattning och vid miniintervention kan man använda test av olika slag, som med fördel även kan bifogas till hälsoundersökningsenkäterna. De här testen fungerar också som självskattningar, eftersom var och en kan räkna ut sina poäng själv. Testen gör det också lättare att ta upp alkoholkonsumtionen med den studerande. Riktgivande poängtal ger ett medel att ingripa mot riklig alkoholkonsumtion redan innan det går så långt som till egentlig storkonsumtion.

Screeningformuläret AUDIT som utvecklats av världshälsoorganisationen (AUDIT, Alcohol Use Disorders Identification Test) är ett självskattningstest på tio frågor som med riktgivande poängtal ger en bild av vilka problem alkoholen orsakar (Bilaga 16). AUDIT är ett lämpligt verktyg för myndiga studerande.

För yngre studerande har man tagit fram verktyget ADSUME (Adolescents' Substance Use Measurement), som lämpar sig för 16–21-åringar (Bilaga 17). Vid tillförlitlighetstest har det visat sig ändamålsenligt för identifiering av olika nivåer av missbruk bland ungdomar (Pirskanen ym. 2005). Till ADSUME hör poängsättning och interventionsrekommendationer på basis av den samt ett handlingsschema. Dessa finns också med i bilagan. Anvisningar för användning av ADSUME finns också i Pirskanens och Pietiläs (2005) artikel Nuoret, päihtet ja varhainen puuttuminen – Nuorten päihdemittarin käyttö terveydenhoitajan työssä.

Det effektivaste sättet att förhindra användning av narkotika är att strypa tillgången, vilket sker genom lagstiftning och i praktiken är polisens och tullens uppgift. Man känner inte till några effektiva handlingsätt för att förebygga användning av narkotika. I Finland rekommenderas allmänna metoder såsom god hemuppfostran, möjligheter att påverka de ungas liv i positiv riktning, livshantering och social förmåga. Det har inte kunnat visas att allmän narkotikaupplysning har någon effekt. Om de lokala förhållandena ger anledning till det – till exempel om det har bjudits ut narkotika i närheten av läroanstalten – bör man ändå ge lämplig information och upplysning. Det finns inte heller tillräckliga bevis på nyttan av screening. Studerandehälsovården saknar också metoder för att tvinga en studerande till drogtest, vilket bidrar till att förhindra systematisk screening.

Vissa studentkårer, bland annat Tekniska Högskolans Studentkår THS, har utarbetat en egen antidrogplan där de uttrycker sin ovillkorligt negativa inställning till narkotika. Användning, innehav eller försäljning av illegal narkotika tillåts inte i THS:s lokaler. Om sådant upptäcks kan hyresavtalet hävas med omedelbar verkan. (Tekniska Högskolans Studentkår 2005.)

På individnivå används miniintervention mot droger, vilket motsvarar ingripande mot alkoholkonsumtion. Vid mottagningstillfället måste man aktivt fråga de studerande om droger, på samma sätt som man frågar om rökning och alkoholkonsumtion. Om en studerandes prestationer märkbart försämrats utan någon klar orsak måste man komma ihåg att det kan röra sig om droganvändning. Om en studerande berättar att han eller hon använder droger gör man en systematisk intervju som kartlägger situationen, ger information om riskerna och funderar på fortsatta åtgärder.

Att ingripa mot droganvändning är ingen lätt uppgift för personalen, eftersom droganvändning som orsakar problem ofta är förknippad med psykosociala problem av många slag. Därför bör personalen få utbildning i hur man ingriper mot både alkohol- och droganvändning. Hälsovården bör ha tydliga handlingsmodeller som hjälp i det praktiska arbetet. Inom studerandehälsovården i Villmanstrand har man tagit i bruk följande fyra anvisningar för missbruksarbete (16.3.2005):

- 1) Motivering och miniintervention, även bedömning av beroenden inom studerandehälsovården med utgångspunkt i principen om förebyggande (hälsovårdare, läkare, socialarbetare)
- 2) Uppföljning huvudsakligen på A-klinik eller missbruksklinik
- 3) Behandling av alkohol- och drogberoende på A-klinik med expertis på behandling av beroende
- 4) Barnskyddsanmälan om missbrukaren är minderårig. Situationsbedömning: är det fråga om en ung person som allvarligt äventyrar sin hälsa och utveckling genom att använda alkohol och droger. Oklara, eventuella barnskyddsfall diskuteras i team eller med en kollega.

I handlingsanvisningen sammanställs också kontaktuppgifterna till alla samarbetsaktörer som kan behövas.

Rekommenderad läsning:

- Alkoholprogrammet 2004–2007. 2004. Utgångspunkter för samarbetet. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2004:7. Helsingfors.
- Heljälä, L. 2004. Alkoholien käytön puheeksiottoa, suurkuluttajien seulontaa sekä mini-interventiotointa lisäämään terveydenhuollossa. Terveydenhoitaja 7/2004, 18–20.
- Lepistö J, Pahlen B, Marttunen M. 2005. Nuorten päihdehäiriöiden hoito 2005. Finns på: www.ktl.fi
- Pienimäki, E. 2004. Miten saadaan päihdetyö tavaksi terveydenhuollossa. Kirjassa Rimpelä M, Ollila E. (toim.) Näkökulmia 2000-luvun terveystalouteen. Stakesin asiantuntijoiden puheenvuotoja. Aiheita 8/2004. 38–46, Stakes, Helsinki.
- Pirskanen M, Pietilä A-M. 2005. Nuoret, päihteet ja varhainen puuttuminen – Nuorten päihdemittarin käyttö terveydenhoitajan työssä. Terveydenhoitajalehti 2005; 6: 28–33.
- Saari M. 2006. Alkoholi osana seurallista yhdessäoloa vai stressin lievittäjänä? Stressin, sukupuolen ja sosiaalisten suhteiden yhteydet yliopisto-opiskelijoiden

alkoholinkäyttöön. Sosiaalipsykologian pro gradu -tutkielma, Sosiaalipsykologian laitos, Helsingin yliopisto. Finns på: www.yths.fi/Tutkimukset → kirjat ja gradut.

Social- och hälsovårdsministeriet. Kvalitetsrekommendation för missbrukarvården. 2002. Social- och hälsovårdsministeriets handböcker 2002:3.

Läsning för studerande:

Kohtuus kaikessa – opas alkoholinkäytön hallintaan (käsikirjoitus Bothas H.), Alko Oy 2005.

Tutkittua tietoa nuorten alkoholinkäytöstä (käsikirjoitus Ahlström S, Österberg E.), Alko Oy 2005.

8.6.3 Motionsvanor och ergonomi

Motion har mångsidiga hälsoeffekter. Man vet att motion minskar risken för många sjukdomar, till exempel diabetes, högt blodtryck och därmed även stroke. Motion minskar risken för övervikt och gör det lättare att hålla vikten när man gått ner. Fysisk träning ökar benmassan och bentätheten – även efter att benmassan nått sitt maximum, vilket är väsentligt vid förebyggande av osteoporos (Heinonen 2003). Det finns inte heller några alternativ till motion när det gäller att upprätthålla muskelstyrkan. Man vet att motion främjar psykiskt välbefinnande och minskar känslor av ångest och depression (Vuori 2003). Hos unga personer har motionsintresset dock oftast andra motiv än förebyggande av kroniska sjukdomar. Studerande som motionerar röker mindre än de som är fysiskt passiva (Kunttu 1997; Aarnio 2002) och har bättre skolframgång (Aarnio 2002).

Hur vanligt är det att motionera

Det har uppskattats att omkring 40 % av alla studerande inte rör på sig tillräckligt ur hälsosynpunkt (Suuri kansallinen liikuntatutkimus 2002). Tillräcklig motion ur hälsosynpunkt kan anses vara minst en halv timmes motion med måttlig belastning de flesta dagar i veckan. Därtill behövs medelhård motion minst två gånger i veckan. (Vuori 2003.) Vid bedömningen av motionsvanorna bör alla delområden beaktas: konditionsträning, vardags- och fritidsmotion. Av dem som inte sysslar med egentlig konditionsträning får kanske ändå en del tillräcklig motion ur hälsosynpunkt när de uträttar ärenden eller utövar någon hobby. Av de högskolestuderande ägnar sig bara en fjärdedel av männen och en dryg tredjedel av kvinnorna åt vardagsmotion en halv timme eller mer om dagen (Kunttu ja Huttunen 2001 ja 2005) (Tabell 11). Det är i alla fall dubbelt så mycket som i hela befolkningen (Helakorpi 2005).

Liksom bland befolkningen överlag har konditionsträning blivit vanligare även bland universitetsstuderande under de senaste tjugo åren (Kunttu 1997). I dag konditionstränar 80 % av de studerande inom den högre utbildningen åtminstone en gång i veckan, motsvarande andel för gymnasieelever är 90 % (Tabell 11). Av de universitetsstuderande

motionerar 38 % mycket (= åtminstone fyra gånger konditionsträning i veckan eller vardagsmotion över en timme om dagen) medan 13 % motionerar obetydligt, de flesta placerar sig någonstans däremellan (Kunttu ja Huttunen 2005).

Motion som hobby i barn- och ungdomen förutspår motion i vuxen ålder särskilt bland män, även om korrelationerna inte är särskilt starka. Motion i vuxen ålder är inte beroende av vilka grenar man sysslat med i ungdomen. (Telama ja Yang 2005.) Bland hela befolkningen motionerar 25–44-åriga män minst (Helakorpi 2005). Bland universitetsstuderande minskar motionsaktiviteten ju längre studierna framskrider, tydligare hos männen än kvinnorna (Kunttu ja Huttunen 2005). En delförklaring till detta kan vara att lagspel är den populäraste motionsformen för män i början av studierna; när gängen splittras lämnar man hobbyn.

När man bedömer de studerandes motionsaktiviteter är det skäl att tänka på att missbruk av läkemedel, särskilt anabola steroider, kan förekomma i samband med vissa konditionsgrenar. År 2004 hade dock bara 1 % av de universitetsstuderande använt något förbjudet läkemedel för muskelbyggnad (Kunttu ja Huttunen 2005). Det är bra att känna till även det här fenomenet och förstå att fråga den studerande om det, detta för att man öppet skall kunna ta upp hälsoriskerna med dessa preparat.

Handlingsmodeller som stödjer hälsofrämjande motion

En motionsfrämjande atmosfär och mångsidiga motionsmöjligheter i närheten av läroanstalten gör det lättare att börja motionera. Enligt en undersökning som utförts av Studerandenas Idrottsförbund är de studerande i en ojämlik ställning vad motionsförhållandena beträffar. Studerande vid yrkeshögskolor och små läroanstalter har sämre möjligheter till motion i sin egen livsmiljö än studerande vid universitet och stora läroanstalter (Starck 2004).

Den motionsverksamhet som universiteten och studerandeorganisationerna tillhandahåller är en viktig del av motionsutövandet, eftersom var fjärde universitetsstuderande deltar i sådan verksamhet (Kunttu ja Huttunen 2001 ja 2005). Vänner och kamratgäng är viktiga faktorer som aktiverar till motion; därför är det bra att studerandeföreningarna själva tar initiativ till olika aktiviteter. För att var och en skall kunna hitta en lämplig motionsform är det också viktigt att motionsmöjligheterna är mångsidiga. Inom Kehrä-projektet och senare inom SHVS:s egen verksamhet har man experimenterat med grupper för personer som inte motionerar. I de här grupperna har man sedan provat på olika motionsformer. Det blir lättare att börja träna på gym om man först går på gymkurs med en instruktör. Specialgrupper, till exempel för nybörjare eller personer med en viss typ av besvär, är också till hjälp när det gäller att komma i gång med motionsaktiviteter.

För att den viktiga förvärmningen och stretchingen inte skall glömmas bort är det ofta motiverat att en yrkesperson inom hälsovården, till

exempel en hälsovårdare eller fysioterapeut, medverkar som sakkunnig. Grupper som tränar specialfärdigheter och personer som motionerar på egen hand slarvar ofta med stretchandet.

Hälsovårdspersonalen som jobbar med unga vuxna skall kunna prata med ungdomar så att man tillsammans hittar de mål som motiverar och inspirerar den unga personen att motionera. För unga vuxna är det viktigt att motionen stärker självbilden, ger glädje och rekreation, upplevelser och sociala relationer. När man uppmanar personer att motionera mera är det bra att känna till de allmänna principerna om hur olika motionsformer påverkar kroppen. Vid främjande av enskilda individers motionerande har man konstaterat att råd som ges av en läkare eller någon annan yrkesperson inom hälsovården är effektiva – liksom miniintervention överhuvudtaget. Vid rådgivning som syftar till att få en person att motionera mera bedömer man först den studerandes behov av motion och diskuterar lämpliga alternativ. Efter att ha uppmuntrat till motion kommer man överens om uppföljning, då man bedömer den eventuella förändringen av motionsvanorna och dess effekter.

Den som uppmanat till motion måste också känna till de viktigaste skadorna som motion kan orsaka – hos unga särskilt olycksfall och belastningsskador – och hur man kan förebygga dem. (Mer om olycksfall i kapitel 5.7) Fysisk ansträngning i samband med en infektionssjukdom är också en riskfaktor. Ett rätt vanligt problem är att studerande inte kan koppla av och slappna av musklerna. Avslappningsövningar eller korta avslappningskurser under ledning av en fysioterapeut kan lära de studerande att kontrollera sin kropp.

Cykling är en populär motionsform bland unga och unga vuxna, både som nytto- och fritidssport. För att minska de allvarliga huvudskadorna och dödsfallen i cykelolyckor är det viktigt att folk börjar använda cykelhjälm mera. Bara omkring en femtedel av befolkningen använder cykelhjälm, oftast barn under skolåldern. I puberteten minskar användningen och mest sällan används cykelhjälm av dels 13–17-åringar, dels personer över 64 år. (Lüthje ym. 2002.) Av de universitetsstuderande använder 16 % alltid hjälm när de åker cykel (Kunttu ja Huttunen 2005). Orsakerna till att man inte använder cykelhjälm handlar om attityder. Genom temadagar och kampanjer i den egna skolgemenskapen och genom aktivt engagemang från studerandeföreningarnas sida kan man påverka cykelhjälmkulturen.

Alla motionsformer som inte bara ger bättre kondition utan även glädje, upplevelser och gott humör kan rekommenderas för studerande. Cykling, skidåkning, löpning, simning och orientering är exempel på grenar som förbättrar uthålligheten. Snabbheten och koordinationen tränas i synnerhet vid bollspel och dans. Gymträning och aerobics av olika slag ökar muskelstyrkan. Vid gruppmotion accentueras den sociala nyttan av motion, medan man kan gå ner i varv och stressa av genom att röra sig ensam i naturen.

Man kan motivera de studerande till att motionera regelbundet genom att erbjuda dem mångsidiga motionsmöjligheter, såsom motionsgrupper och högklassiga motionslokaler. Steg- och pulsmätare kan också inspirera en del att fortsätta med motionsintresset, och därför är det bra om det finns mätare att låna. Utöver särskilda motionsaktiviteter är det också viktigt att betona vikten av vardagsmotion.

Rekommenderad läsning:

Fogelholm M, Vuori I. (toim.) 2005. Terveysliikunta. Duodecim.

Vuori I. 2005. Liiku ja voi hyvin. Hippokrates-sarja, Duodecim. (lämpar sig för studerande)

Osteoporosi. 2000. Käypä hoito -suositus. Duodecim.

Ergonomi

Långa arbets- eller spelpass framför datorn medför statisk belastning på nack-, rygg- och armmuskulerna. För att förebygga besvär från nacke och rygg är det viktigt att ha en god hållning och vältränade muskler, en bra sittställning och att ta pauser i arbetet. Vid datorarbete måste utrustningen och stolen placeras och justeras individuellt. Även belysningen är viktig. Samtidigt som man i övrigt lär de studerande använda dator borde man gå igenom alla de här sakerna som har att göra med ergonomi och förebyggande av nackbesvär.

För att hålla musklerna i trim räcker det inte med stretching, utan det behövs också aktiv träning flera gånger i veckan. För den som lider av besvär från nacke och axlar är det inte nog att allmänt öka motionsmängden till en "hälsofrämjande nivå". Motionen måste vara genomtänkt och planerad till både kvantitet och kvalitet. Det har visats att motion som belastar armarna, till exempel racketspel, är till nytta vid förebyggande av besvär. Vid en undersökning bland universitetsstuderande konstaterade man att konditionsträning var till nytta först när man konditionstränade fyra gånger i veckan (Siivola 2003; Castrén 2004).

Läsning för studerande:

Castren J, Hamari P, Latonen H. ym. 2004. NISSE Opiskelijan niska- ja selkäopas. Helsinki: Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö.

Friman A, Ojanen E. 2005. Breikkijumppa. Turku: Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö ja Turun yliopistoliikunta.

8.6.4 Matvanor

Valet av mat och ätandet är beroende av många faktorer som har att göra med individen själv, tillgången till mat och situationen. Sociala och kulturella faktorer i samband med ätandet liksom den njutning ätandet innebär är viktiga faktorer som reglerar användningen av mat. När man utreder användningen av mat är det därför viktigt att inte bara fråga "vad och hur mycket" utan också "varför".

De studerandes matvanor

Enligt undersökningen Finngravinto 2002 (Männistö ym. 2003) har särskilt unga kvinnors matvanor utvecklats i en ohälsosam riktning: de har inga egentliga mattider utan småäter allt emellanåt och äter sötsaker. Konsumtionen av läskedrycker och sötsaker har ökat, likaså ostkonsumtionen. I en brittisk undersökning har man konstaterat att ungdomar anpassar sitt ätande till sina levnadsvanor i stället för att anpassa sina levnadsvanor till en måltidsrytm. De vill bl.a. ha god färdigmat, ekologisk mat, "naturlig" mat (inga tillsatsämnen), etisk mat, mellanmål att äta i farten, nya upplevelser och bättre smak. (Brittinuoret vaativia kuluttajia 2005.) Samma drag kan också iaktas i de finländska studerandes matval.

Studerande på andra stadiet får åtminstone ett varmt mål mat per dag i skolan, men 10–15 % av dem äter vanligen inte skolmat (Tabell 11). Högskolestuderande har för sin del möjlighet till en förmånlig statligt subventionerad lunch på studeranderestaurangerna nära läroanstalterna. Ungefär varannan universitetsstuderande utnyttjar måltidsmöjligheten (Kunttu ja Huttunen 2005).

När det gäller matvanorna hos studerande på andra stadiet känner man förutom skolmaten närmast bara till indikatorerna på ohälsosamma mellanmål. I fråga om högskolestuderande vet man att det är mycket allmänt att de studerande vid sina matuppköp då och då tänker på om maten är hälsosam (Tabell 11). Ändå är det bara 40 % av männen mot 60 % av kvinnorna som ofta tänker på om maten är hälsosam. Även om man i de universitetsstuderandes matvanor kan se en strävan mot hälsosammare val såsom grönsaker och lättmargarin, är problemet att de får onödigt mycket fett och salt via maten. Det här gäller särskilt manliga studerande (Kunttu ja Huttunen 2001 och 2005.)

Överlag får finländarna i sig mindre fibrer än rekommenderat. Av vitaminerna får unga vuxna dessutom för lite folater och kvinnorna borde

Tabell 13. De vanligaste specialdieter bland universitetsstuderande (%)

Specialdiet	% av de studerande
Laktosfri diet	8,7
Diet som innehåller grönsaker, mjölkprodukter, ägg, kyckling eller fisk	4,3
Laktovegetarisk diet (vegetarisk diet och mjölkprodukter)	3,2
Bantningsdiet	2,7
Diet på grund av överkänslighet mot något födoämne	2,3
Diet på grund av diabetes, högt kolesterol eller högt blodtryck	0,7
Keliakidiet	0,5
Vegandiet (enbart produkter från växtriket)	0,4
Diet som består av levande föda	0,0
Något annat	3,1

Källa: Kunttu ja Huttunen 2001.

Uppgifter om de undersökta finns i bilaga 4.

också få mera tiamin, D-vitamin och kalcium. (Lahti-Koski ja Sirén 2004.) Av de universitetsstuderande får 15 % för lite kalcium via maten (Kunttu ja Huttunen 2005). Järnbristanemi är också rätt vanlig hos kvinnliga studerande.

Uppgifter om specialdieter bland universitetsstuderande finns från år 2000 (Tabell 13). Laktosfri diet är vanligast. År 2004 följde 7 % av de manliga universitetsstuderande och 12 % av de kvinnliga någon specialdiet på grund av sjukdom, allergi eller övervikt. Dessutom följde 6 % av männen och hela 17 % av kvinnorna någon livsstilsdiet, oftast en diet utan rött kött eller en vegetariskt dominerad diet (Kunttu ja Huttunen 2005). Av hela den finländska befolkningen är 1–3 % av männen och 3–6 % av kvinnorna vegetarianer (Laatikainen ym. 2003). Studerande som följer en vegetariskt dominerad diet löper ännu större risk än andra studerande att få för lite D-vitamin och järn. Hälsovårdspersonalen borde känna till den grundläggande näringskunskap som gäller vegetarisk kost.

Handlingsmodeller för främjande av en hälsosam kost

Massutspisningen har stor betydelse för befolkningens hälsa och för främjande av hälsosamma matvanor. Därför är det centralt att de studerande serveras näringsriktig mat. Det skall finnas tillräckligt med färska grönsaker och man bör särskilt tänka på saltmängden och typen av fett. Hjärtförbundets och Folkhälsoinstitutets expertgrupper har tagit fram ett nytt lättanvänt mått som ingår i ett bredare system för uppföljning av massutspisningen. Resultaten visar om matgästen har möjlighet att varje dag välja en måltidshelhet som överensstämmer med kostrekommendationerna. (Joukkorukailun merkitys kasvaa 2005.)

Med tanke på utvecklingen av tjänsterna är det bra om de studerande och hälsovården sitter med i studentmatsalskommittéerna. Med hjälp av samarbete kan man också ordna informationspuffar eller kampanjer om hälsosam mat eller ökad användning av xylitol.

Statens näringsdelegation har utarbetat Finska näringsrekommendationer (Folkhälsoinstitutet 2005). Rekommendationerna innehåller de grundläggande element i fråga om kosten som man vet är bra för hälsan och förebygger viktiga folksjukdomar. Hälsovårdspersonalen bör känna till de viktigaste näringsrekommendationer som gäller och kunna ge råd om dem samt kunna upplysa de studerande om var de kan hitta mer information. Till exempel kan färdigmat vara ohälsosam ifråga om salthalten och typen av fett, om man äter sådan mat ofta. Att lära ut mathygien, till exempel hur mat skall förvaras, är också viktigt för hälsan.

Vid samtal kan man belysa förhållandet mellan energiintag och -förbrukning med konkreta exempel (Hasunen ym. 2004). När det gäller kostfrågor bör man inte alltför ensidigt betona lågt kaloriinnehåll, utan kartlägga de studerandes motions- och matvanor som helhet som ett led i kostrådgivningen.

Studerande kan också ha problem med ensidig kost för att pengarna inte räcker eller för att de inte kan laga mat eller saknar kokmöjligheter. Förutom kostrekommendationer kan det också vara motiverat att uppmuntra de studerande att lära sig laga mat. Så har också kockkurser bland universitetsstuderande varit populära. Matlagningskurser i marthaföreningarnas regi, bland annat "Penninvenyttjän keittokurssit" kan också hjälpa de studerande att få ordning på sin ekonomi.

Rekommenderad läsning:

Aro A. 2003. 100 kysymystä ravinnosta. Hippokrates-sarja, Duodecim. (sopii myös opiskelijoille luettavaksi)
Prättälä R, Roos E, Roos G. 2002. Ravitsemuspolitiikka ja sosioekonomiset erot. Julkaisussa Kangas I. (toim.) Kohti terveyden tasa-arvoa. 67–81. Helsinki.

8.6.5 Viktkontroll

Fetma har blivit vanligare i Finland i alla åldersgrupper, eftersom maten ger oss mer energi än vi förbrukar. De omfattande samhällseliga och tekniska förändringarna och livsstilsförändringarna i samband härmed är centrala orsaker till fetman. Ett rikligt utbud av mat kombinerat med en njutningsinriktad livsstil försämrar regleringen av ätandet. Av dessa orsaker har fetman ökat särskilt bland barn och unga (Konsensusuttalandet Lihavuus ... 2005.) Övervikt och fetma från barndom till ungdom och från ungdom till vuxen ålder är ganska bestående (Laitinen ym. 2005). Bland studerande handlar viktproblemen inte bara om övervikt utan även om undervikt och om att man har en snedvriden bild av sin vikt i förhållande till vad man i själva verket väger. Alla dessa problem påverkas inte bara av kost, motion och alkoholkonsumtion utan även av många psykologiska och kulturella faktorer.

Det är av många orsaker viktigt att motverka övervikt och fetma hos unga och unga vuxna. Sannolikt är också chanserna att lyckas med det större nu än senare, eftersom det är lättare att hålla vikten efter en viktminskning om utgångsvikten inte är särskilt hög (Pietiläinen ja Rissanen 2004). Fysisk aktivitet och goda matvanor förebygger tillsammans fetma och upprätthåller hälsan. Det har kunnat konstateras att manliga universitetsstuderande har blivit fetare, och orsaken är felaktig kost och riklig alkoholkonsumtion i kombination med för lite vardagsmotion (Kunttu ja Huttunen 2001).

Viktproblemens utbredning

Fetma och övervikt har blivit betydligt vanligare hos ungdomar under de två senaste decennierna (Konsensusuttalandet Lihavuus ... 2005; Laitinen ja Sovio 2005). Av ungdomarna i åldern 15–18 år är ungefär var femte pojke och var tionde flicka överviktig (Konsensusuttalandet Lihavuus ... 2005; Välimaa ym. 2005). Av de manliga universitetsstuderande under 22

år är 24 % överviktiga och av 30–34-åringarna redan 44 %. För kvinnor är motsvarande andelar 11 % och 28 %. Hos fysiskt aktiva män kan en lätt övervikt bero på muskelmassa.

Viktproblemen hos studerande gäller både över- och undervikt. Hos unga och unga vuxna råder det dessutom ofta en konflikt mellan personens egen uppfattning om sin vikt och den faktiska vikten (Tabell 14). Fenomenet att normal- eller underviktiga kvinnor upplever sig vara överviktiga och bantar i onödan eller att normalviktiga män upplever sig vara underviktiga är vanligt bland studerande i alla åldrar (Kunttu 1997; Kunttu ja Huttunen 2005; Välimaa ym. 2005). Åtstörningar har behandlats närmare i kapitel 7.9.3.

Tabell 14. Universitetsstuderandes viktindex (BMI) och de studerandes egen bedömning av om de är under-, normal- eller överviktiga (%)

	Män (%)		Kvinnor (%)	
	BMI	Egen bedömning	BMI	Egen bedömning
Underviktig	3 (2)	11 (13)	9 (12)	4 (5)
Normalviktig	68 (72)	65 (62)	76 (75)	61 (59)
Överviktig	29 (26)	24 (26)	15 (13)	35 (36)

Källa: Kunttu ja Huttunen 2005 (inom parentes situationen år 2000)

Handlingsmodeller för stödjande av viktkontroll

Många levnadsvanor har förbättrats i Finland under de senaste decennierna, bl.a. har konsumtionen av magra mjölkprodukter samt grönsaker och frukt ökat och folk motionerar mera. Ändå är listan lång över faktorer som inverkar negativt på viktutvecklingen och många av dem är typiska just för personer i studerande ålder. Folk rör på sig mindre i vardagen, portionerna av snabbmat, chips, godis och läskedrycker har blivit större och man äter dem oftare, konsumtionen av alkohol och ost har ökat.

Vid förebyggande av fetma är både övergripande samhällsåtgärder och åtgärder i närsamhället centrala för att styra och möjliggöra individens egna val. Förutom yrkespersonalen inom hälsovården är personalen inom undervisningen och idrottsväsendet samt de studerandes egna gemenskaper i nyckelställning. Bedömningen av den egna vikten är starkt kulturellt bunden. Samhällets och det egna närsamhällets värderingar och modeller påverkar den ungas bild av sig själv och andra.

Vid individuell hälsorådgivning behöver yrkespersonen mångsidig näringskunskap och bör ha en bild av de studerandes matkultur och de olika strömningarna inom den. Precis som vid annan interventionsverksamhet behövs även här förmåga att göra en motiverande intervju. Om en ung vuxen inte ännu har utvecklat egentlig fetma, kan viktkontroll anses

vara en tillräcklig metod för förebyggande av hälsoproblem (Pietiläinen ja Rissanen 2004).

Att upptäcka anorexi bereder vanligen inga svårigheter, men bulimi kan dölja sig bakom normal- eller övervikt och kommer ofta fram via andra symtom. För att identifiera ätstörningar kan man använda screeningformuläret SCOFF (Bilaga 15).

Gruppverksamhet är kostnadseffektiv vid bantning och viktkontroll. Som bilaga medföljer programuppläggningsen för en viktkontrollgrupp som genomförts vid SHVS och där gruppen leds av en hälsovårdare och en psykolog samt eventuellt en fysioterapeut (Bilaga 19).

Rekommenderad läsning:

Aikuisten lihavuus. 2002. Käypä hoito -suositus. Duodecim. Finns på: www.kaypahoito.fi

Lasten lihavuus. 2005. Käypä hoito -suositus Duodecim. Finns på: www.kaypahoito.fi

Mustajoki P. 2003. Paahtoleipäkatastrofi. Kirjoituksia painonhallinnasta ja lihavuudesta. Hippokrates-sarja, Duodecim. (sopii myös opiskelijoille luettavaksi)

Mustajoki P, Lappalainen R. Painonhallinta. 2001. Ohjaajan opas. Duodecim.

Mustajoki P, Leino U. 2002. Laihtu pysyvästi – hallitse painoasi. Hippokrates-sarja, Duodecim. (sopii myös opiskelijoille luettavaksi)

Puuronen A. 2004. Rasvan tyttären. Etnografinen tutkimus anorektisen kokemustiedon kulttuurisesta jäsentymisestä. Nuorisotutkimusseuran julkaisuja 42. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto.

8.6.6 Sovvanor

Utifrån skolhälsoenkäterna vet man att studerande på andra stadiet går och lägger sig på mycket oregelbundna tider, varför de är trötta under dagen flera gånger i veckan. Bland universitetsstuderande ansåg nästan var sjätte att han eller hon sällan eller nästan aldrig sov tillräckligt. I tabell 8, 9 och 12 samt i kapitel 7.8 beskrivs förekomsten av sömnstörningar och trötthet.

Sömnens betydelse för studerande

Tillräcklig sömn är viktigt för människans hälsa och funktionsförmåga. Sönnen har också avgörande betydelse för koncentrationen och kreativiteten. En vuxen människa behöver sova sju–åtta timmar varje natt. 5–10 % av människorna klarar sig med mindre än sex timmars sömn, medan 10–15 % behöver sova 9,5 timmar eller mer. Om en människa ständigt sover mindre än hon behöver, börjar hon lida av sömnbrist med därav följande symtom. Vilken tid på dygnet man sover har också betydelse. Att somna två på natten och stiga upp tio på morgonen garanterar inte en lika god sömn som om man går och lägger sig två timmar tidigare. Människan är skapt för att leva på dagen. En sådan sömnrytm är bättre. Man borde gå och lägga sig mellan nio och tolv på kvällen. (Partinen 2004.)

För studerande är sömnen ett inlärningsmedel, eftersom man under sömnen bearbetar det man tidigare lärt sig. Forskningsresultat visar att information som man tagit emot i vaket tillstånd struktureras i hjärnan under natten, så att det är lättare att komma på lösningen följande dag. Med tanke på inläringen är i synnerhet REM-sömnen, det vill säga sömnen under morgonnatten, viktigare än sömnen under nattens första timmar. Om man till exempel har läst för lite till en tentamen följande dag, är det bättre att plugga i början av natten än att stiga upp tidigt på morgonen och läsa då. (Härmä ja Sallinen 2004.) Tillräcklig sömn påverkar också långtidsinläringen. En tentamen kan gå lika bra efter en natt med lite sömn som efter en natt med tillräcklig sömn, men när kunskaperna och färdigheterna testas tre dagar senare är resultaten bättre för dem som sov tillräckligt länge efter pluggandet. (Partinen 2004.)

Sömnen påverkar inte bara arbetseffektiviteten utan också hälsan och säkerheten. En person med sömnbrist har svårt att vara skärpt, tänka flexibelt, lära sig nytt eller komma på nya lösningalternativ. I Finland förekommer det ovanligt mycket sömnstörningar i samband med jobbet (och studierna) internationellt sett. Omkring 10–20 % av finländarna har konstant sömnbrist, som leder till hälsoproblem när den ackumuleras. Sömnbrist försämrar bl.a. reaktionsförmågan, minnet och det logiska tänkandet. Dessutom ökar risken för infektionssjukdomar, kranskärlsjukdom och vuxendiabetes. Man kan också gå upp i vikt. (Härmä ja Sallinen 2004; Partinen 2004.)

Handlingsmodeller för tryggande av en god sömn

Måttliga vanor är centrala för en god sömn. Motion, ett varmt bad och bastu gör det lättare att somna, eftersom de höjer kroppstemperaturen och verkar avslappnande. Ljus piggar upp och förbättrar prestationsförmågan. Alkohol, koffein och nikotin försämrar sömnen. Dessutom är stress en av de viktigaste faktorerna som stör sömnen. För att få en god sömn är det därför väsentligt att minska stressfaktorerna i jobbet och utveckla metoder för stresshantering. (Härmä ja Sallinen 2004.) Sömnlöshet förekommer också vid psykiska störningar såsom depression och ångest.

På mottagningen är det inte lätt att hjälpa studerande som lider av sömnlöshet. Korta mottagningsbesök slutar alltför ofta med att läkaren helt enkelt skriver ut sömnmedicin, vilket signalerar till ungdomarna att problemet lätt kan avhjälpas med läkemedel. Det är betydligt svårare att börja gå igenom orsakerna till störningen, för att inte tala om att hjälpa den studerande att rätta till situationen. För vuxna finns det sömngrupper och i Uleåborg har man också planer på att starta sömngrupper för universitetsstuderande. I de här grupperna som träffas några gånger kan man informera de studerande om sömn och orsaker till sömnlöshet samt ge praktiska råd och avslappningsträning.

8.6.7 Sexuell hälsa

På 1990-talet har ungdomarna börjat inleda sexuallivet en aning tidigare, men utvecklingen verkar ha avstannat under 2000-talet. Fortfarande blir de flesta unga inte sexuellt aktiva före 16 års ålder. Däremot har preventivmetoderna förändrats bland ungdomarna så att fler använder p-piller än kondom, medan få använder bägge. Förhindrandet av graviditet har alltså blivit effektivare, men med tanke på förebyggande av könssjukdomar har utvecklingen gått bakåt. (Kosunen 2004.) Besvär och problem som gäller sexuell hälsa är vanliga hos unga vuxna. I hälsoundersökningar bland universitetsstuderande svarade 64 % av kvinnorna att de hade haft gynekologiska besvär under det senaste halvåret. En femtedel av männen hade haft sexuella hälsoproblem. (Kunttu ja Huttunen 2005.)

Enligt enkäten Hälsa i skolan 2000 var sexfrågor i viss mån aktuella för över 80 % av de andraårsstuderande i gymnasiet och för över 90 % av de yrkesstuderande. Av gymnasieeleverna hade 43 % av männen och 56 % av kvinnorna haft samlag. För yrkesskoleleverna var siffrorna 68 % för männen och 84 % för kvinnorna. Bland gymnasieeleverna hade det senaste samlaget varit oskyddat (varken kondom eller p-piller) för 10 % av männen och 7 % av kvinnorna, och bland yrkesskoleleverna för 18 % av männen och 15 % av kvinnorna. (Stakes 2000.)

Av kvinnorna i gymnasiet använde 37 % p-piller eller hade tidigare använt sådana, mot 68 % av de kvinnliga studerande vid yrkesskolor (Stakes 2000). Vid universiteten använde hälften av de kvinnliga studerande hormonella preventivmedel (Kunttu ja Huttunen 2005). År 2000 hade 19 % av gymnasiekvinnorna och 31 % av yrkesskolekvinnorna använt akut-p-piller minst en gång (Stakes 2000). Sedan maj 2002 får akut-p-piller säljas fritt på apoteket till personer som har fyllt 15 år. Att akut-p-pillren blev fria har inte ökat användningen av dem bland högstadieelever. Däremot har användningen av akut-p-piller sakta och stadigt ökat bland flickor i gymnasiet både innan försäljningen blev fri och därefter. (Kosunen 2004.)

Efter inrättandet av ett nätverk av preventivmedelsrådgivningar minskade aborterna i Finland stadigt under nästan två decennier. Minskningen stannade upp i mitten av 1990-talet och därefter har antalet aborter i förhållande till befolkningen ökat bland personer under 20 år. Mellan 1994 och 2002 var ökningen cirka 50 %, bland minderåriga ännu större. En fjärdedel av alla aborter utförs på personer i åldern 20–24 år (Kosunen 2005). Under de senaste åren har aborterna ökat mest i åldersgruppen 20–24 år. År 2004 var siffran 18,4 per tusen kvinnor i denna ålder. Tio år tidigare var motsvarande siffra 14,5. (Stakes 2005b.)

När det gäller sexuell hälsa är det ett problem att högskolestuderande kvinnor skaffar barn allt senare. Att vänta med att skaffa barn kan göra det svårare att bli gravid och medföra hälsoproblem för kvinnan och barnet. Ändå vill nio av tio universitetsstuderande ha barn. (Virtala ja Kunttu 2006.) I Sverige var de studerande positiva till att skaffa barn,

men omkring hälften av de kvinnliga studerande planerade att skaffa barn först efter fyllda 35, och de var inte tillräckligt medvetna om sambandet mellan ålder och försämrad fruktsamhet (Lampic ym. 2005).

SHVS har ända sedan 70-talet använt ett screeningtest för psykisk hälsa, i vilket man utreder de studerandes centrala stress- och kompetenskällor (Bilaga 14). Ett temaområde i testet gäller den studerandes upplevelse av sin egen sexualitet. Läsåret 1979/80 upplevde 5 % av de kvinnliga förstaårsstuderande att deras sexualitet var ett problem, men 25 år senare var andelen 12 %. Inom de övriga delområdena hade stresskällorna förblivit ungefär lika vanliga, med undantag för upplevelsen av sinnesstämningen. (Kunttu ja Huttunen 2005.) P-pillren och den sexuella frigörelsen i samhället tycks med andra ord inte ha gjort det lättare för unga kvinnor att förhålla sig till sin sexualitet, snarare tvärtom.

Sexuella minoriteter och könsminoriteter beaktas bl.a. genom att anvisningar och handböcker även bedöms ur minoriteternas synvinkel, alla känner till kontaktuppgifterna till nationella och regionala tjänster med specialsakkunskap samt genom att personalen är öppen i sin interaktion och till exempel i klientsituationer inte utgår från att alla är heterosexuella.

Handlingsmodeller för främjande av sexuell hälsa

De viktigaste målen för främjande av sexuell hälsa är att bevara fruktsamheten, förhindra oönskade graviditeter, bekämpa sexuellt överförda sjukdomar och sprida information om sexuell hälsa. De studerande måste ha enkel och snabb tillgång till preventivtjänster. Under det första besöket bedömer man tillsammans med klienten dels behovet av preventivmedel och en lämplig preventivmetod, dels risken för sexuellt överförda infektioner. Man erbjuder aktivt möjlighet till klamydiatestning och vid behov även testning för andra sexuellt överförda sjukdomar. Sexualrådgivning ges enligt det behov som klienten uttrycker. Som grund för beslutsfattandet måste de studerande också informeras om att kvinnas fruktsamma ålder är begränsad och om de risker som åldern för med sig, samt om vad man bör tänka på när man planerar en graviditet. Exempel på detta är folsyror, god kontroll över kroniska sjukdomar, alkoholkonsumtion, rökning och munhälsa. Vid behov tar man också upp det eventuella sambandet mellan fortplantning och preparat som män använder vid styrketräning.

Uppföljande besök ordnas med utgångspunkt i ett brett främjande av sexuell hälsa, vilket innebär att man inte bara följer med preventivmetodens lämplighet och biverkningar utan även gör systematisk klamydiascreening, tar papa-prov och ger sexualrådgivning. Vid planeringen av tjänsteutbudet bereder man sig på efterkontroll av klienter som köpt akut-p-piller på apoteket, eftersom efterkontroll behövs om menstruationen efter användningen av akut-p-piller är minst en vecka försenad. Vid tjänsteutbudet bereder man sig också på att förhindra graviditet genom att sätta in spiral i efterhand i situationer där tidsgränsen för användning av akut-p-piller har överskridits (3–5 dygn efter oskyddat samlag).

Rekommenderad läsning:

- Hiltunen-Back E, Aho K. 2005. Terveellistä seksiä. Duodecim.
Jälkiehkäisy. 2006. Käypä hoito -suositus, Duodecim.
Kivijärvi A. 2005. 100 kysymystä naisesta ja seksistä. Kirjastudio. (sopii myös opiskelijoille luettavaksi)
Kosunen E. 2005. Seksuaaliterveyden edistäminen Suomessa. Muistio seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmaa laativaa työryhmää varten. Stakes.Työpapereita 5/2005.
Kosunen E, Ritamo M. (toim.) 2004. Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen. Stakesin raportteja 282.
Kytömäki A, Kosunen E, Rimpelä M. 2005. Klamydia ja hedelmättömyys – nuorten tiedot kouluterveyskyselyssä 2000–2001. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti; 42: 191–201.
Reunala T, Paavonen J, Rostila T. (toim.) 2003. Sukupuolitaudit. Duodecim.
Vikat A. 2004. Raskauksien sosioekonomiset ja alueelliset erot. Teoksessa Kosunen E., Ritamo M. (toim.) Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen. Stakesin raportteja 282.

Läsning för studerande:

- Lehtonen J, Nissinen J ja Socada M. (toim.) 1997. Hetero-olettamuksesta moninaisuuteen. Helsinki.
Asiaa nuorelle miehelle 1998. (teksti Keinänen E, Säävälä H.) Väestöliitto.
Cacciatore R, Koiso-Kanttila S, Korteniemi-Poikela E. ym. 2004. KORKKARI. Jokamiehen jännityslukemisto. Tammi.
www.slu.fi : Lupa näkyä – lupa kuulua. Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöt liikunnassa ja urheilussa -opas ja kouluttajan materiaali.
www.eurogayway.org (suomi) innehåller unga icke-heterosexuella mäns erfarenheter av hälsofrågor.

8.6.8 Munhälsa

Att rengöra munnen och tänderna omsorgsfullt två gånger om dagen är det effektivaste sättet att sköta sina tänder, eftersom det oftast inte blir hål i rena tänder hos friska personer. Ändå borstade 62 % av pojkar och 40 % av flickorna i gymnasiet tänderna mindre än två gånger om dagen. Av de universitetsstuderande håller 44 % av männen och 25 % av kvinnorna inte tänderna och munnen tillräckligt rena (Tabell 11).

En annan viktig faktor som ökar risken för karies förutom slarv med tandborstningen är att man ofta dricker sötade drycker och äter godis och andra snacks. Konsumtionen av sötsaker och choklad har ökat klart under de senaste decennierna. Växande ungdomar behöver nyttiga mellanmål, men däremot inte godis eller annat sött. Det är viktigt att hälsovårdspersonalen ingriper i de studerandes måltidsvanor så att de studerande inte börjar leva på mellanmål eller ersätter maten med snacks av olika slag. (Social- och hälsovårdsministeriet 2003e.)

Handlingsmodeller för främjande av munhälsan

Beteendeförändringar som påverkar mun- och tandhälsan är bl.a. rökning, snusning, användning av sportdrycker och xylitol, matvanor. Bara ett

fåtal studerande som ägnar sig åt kontakt- eller lagsporter använder tandskydd (Kunttu ja Huttunen 2005), trots att det i många idrottsgrenar rekommenderas att man använder ansikts- och tandskydd för att förhindra mun- och tandolyckor.

Munhälsovården har till uppgift att ge de studerande råd för att de skall inse munhälsans betydelse för hela kroppens hälsa samt lära ut egenvård. De viktigaste delområdena vid främjande av mun- och tandhälsa är:

- 1) Kosten och regelbundna mattider
- 2) Munhygien
- 3) Användning av extra fluor och xylitol
- 4) Hemvård, undervisning i hur man borstar tänderna
- 5) Tydlig helhetsinformation och kostrådgivning
- 6) Karies, tandköttsjukdomar och erosion

Inom tandvården baserar sig förebyggandet av sjukdomar på god egenvård, individuella, regelbundna besök och personlig handledning enligt patientens behov. De studerande informeras om de ovannämnda viktigaste delområdena inom mun- och tandhälsa. Näringsrådgivning om specialdieter ges särskilt till idrottare och bantare. Faktorer som skyddar de studerande kan främjas och upprätthållas genom att man stödjer de studerandes egna projekt, till exempel matlagningskurser.

Läsning för studerande:

- Turtola L. 2004. Hammashoitopelko on tavallista, luovallista ja luonnollista. Studenternas hälsovårdsstiftelse, finns på www.yths.fi → Tutkimukset → Oppaat ja selvitykset.
- Turtola L, Harva A. 2002. Syömishäiriöt – hammasvauriot, syömishäiriöiden vaikutus suuhun. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö.
- Turtola L, Lakoma A. 2004. Stressi kuluttaa hampaita. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö.
- Turtola L, Lakoma A. 2005. Masennus kuivaa suuta. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö.

8.6.9 Psykosocialt stöd och förebyggande mentalvårdsarbete

Psykisk hälsa har både en positiv och en negativ dimension. Begreppet positiv psykisk hälsa hänvisar till anpassningsförmåga, resurser och uthållighet, som gör att en individ kan skydda sig inför och klara av utmaningar av olika slag. En väsentlig del av uthålligheten är att man tror på sin förmåga att påverka framtiden, känner engagemang och är aktiv samt kan se förändringar som utmaningar i stället för hot. Den negativa dimensionen av psykisk hälsa omfattar eventuella psykopatologiska symtom eller psykiatriska störningar. (Korkeila 2005.)

Stress hos studerande har behandlats i kapitel 4.2 (Studieförmågan är de studerandes arbetsförmåga) och mentalvårdsproblem och förebyg-

gande av självmord i kapitel 7.9 (Psyksiska symtom, psykiska störningar och självdestruktivitet).

Stress och depression

Stress är en situation där en person eller en grupp utsätts för så mycket utmaningar och krav att de tillgängliga resurserna för anpassning är på upphållningen eller uttöms. I en stressituation ingår oro och ångest inför framtiden. Stress tar sig också uttryck i fysiologiska reaktioner som förbereder individen för flykt eller strid och ger upphov till fysiska symtom av olika slag. Utdragen stress kan leda till mera bestående ångest och hopplöshet och kan också vara en faktor som orsakar och utlöser depression (Korkeila 2005).

Orsakerna till stress är inte desamma för alla. Upplevelsen av psykisk belastning handlar i stor utsträckning om livshantering. Beroende på individens personlighet eller livssituation kan samma saker upplevas antingen som stressande eller som saker som ger en känsla av tillfredsställelse och framgång. Man har konstaterat att till exempel studier, framtidsplanering, att pröva sina vingar, tala inför andra, ha kontakt med andra människor, sällskapa är saker som leder till stress – och å andra sidan även till resurser – hos studerande. (Saari 1979.)

En fjärdedel av de studerande upplever mycket stress, för hälften av dessa är stressen mycket stark. Att inte uppleva stress i någon högre grad är en ganska bestående egenskap, i motsats till att uppleva mycket stress. I en finländsk studerandeundersökning konstaterade man att omkring hälften av de studerande som upplevde mycket stress under det första studieåret senare hade hittat egna resurser och/eller yttre faktorer för att hantera stressen (Kunttu ym. 2002). Med hjälp av ett screeningtest för psykisk hälsa som utvecklats av Saari (1979) kan man bedöma orsakerna till belastning men även källorna till resurser hos de studerande. Testet är mycket studerandespecifikt, eftersom det har utarbetats med utgångspunkt i en studerandes livsfas och livssituation. Med hjälp av det poängtal som testet ger kan man mäta den studerandes stress och kompetens. (Bilaga 14).

Centrala symtom vid depression är nedstämdhet, förlust av intresset samt försämrad initiativförmåga. Det kan vara fråga om en kortvarig känsloreaktion eller ett långvarigare känslotillstånd som upplevs som deprimerad sinnesstämning. Depression kan också bedömas till exempel med den självskattning för sinnesstämning som medföljer som bilaga (Bilaga 13).

Handlingsmodeller som stödjer psykisk hälsa

Sociale stöd, tillitsfulla nära relationer och skolkollegens stöd är viktiga skyddande faktorer som utgör en motvikt till den belastning som livshändelser innebär. Att delta i föreningsverksamhet har också visat sig viktigt. En bra studiemiljö, tillräcklig studiehandledning, fungerande stu-

derandehälsovårdstjänster och de studerandes egna gemenskaper utgör ett sådant socialt stöd som man kan ge de studerande via organisationer. Genom gott samarbete mellan olika aktörer kan den studerande hänvisas till den hjälp som är ändamålsenligast i respektive fall.

Det är rätt vanligt att de studerande önskar råd och hjälp med stresshantering, relationer och självkänsla samt med psykisk spänning (Erola 2004; Kunttu ja Huttunen 2005). I skolgemenskapen kan man väcka diskussion om de studerandes stress och utifrån det ta reda på vilka förbättringsåtgärder som behövs. Lämpliga sätt att inleda diskussionen är föreläsningar och informationspuffar om ämnet samt instruktionsmaterial om stress (t.ex. kan stressposters beställas från SHVS på adressen: www.yths.fi/ → [terveyden edistaminen/Kehra/tyokaluja](http://terveyden.edistaminen/Kehra/tyokaluja)).

Studiepsykologerna stödjer de studerande med bland annat följande: motivationsproblem, problem som gäller studieförmåga och tidshantering, läs- och skrivsvårigheter, graduångest, ork. Studerande kan också behöva hjälp av en studiepsykolog i början av studierna eller efter en lång frånvaro (Heikkilä ym. 2003). Kurs- och gruppverksamhet som rör studiefärdigheter stödjer likaså studieförmågan och minskar stress. Exempel på sådan verksamhet är kurser i studieteknik, tids- och stresshantering samt grupper som riktar sig till personer som är rädda att tala inför andra (Bilaga 20). På Kehra-sidorna finns ett materialpaket för studiepsykologernas verksamhet.

Det är viktigt att upptäcka problem tidigt för att de inte skall förvärras eller blir utdragna. Därför bör man vid mottagningsverksamheten försöka lyssna på patienten så att man i ett tidigt skede upptäcker eventuell psykosocial problematik som ligger bakom symtomen. Personalen inom studerandehälsovården bör känna till de typiska uttryck som stress tar sig hos studerande – sömnstörningar, trötthet, bristande koncentrationsförmåga, psykosomatiska symtom – och kunna hjälpa de studerande att hantera sitt liv. Exempel på stressituationer som kan leda till depression är förluster av olika slag, långvariga konflikter i familjen, mobbning, andra psykiatriska eller somatiska sjukdomar, inlärnings svårigheter samt brist på omsorg (Karlsson ym. 2005).

Vid hälsorådgivningen ger man information om depression, symtom och förlopp samt om faktorer som ökar risken för eller skyddar mot depression. Insjuknande förebyggs av att man identifierar personliga riskfaktorer och utvecklar anpassningsförmågan samtidigt som man sätter in socialt stöd och andra yttre resurser. En person med benägenhet för depression borde få hjälp med att identifiera sina egna riskfaktorer. Ljus, motion och kost har positiv inverkan på sinnesstämningen, och man kan hjälpa den studerande att utnyttja dessa. Personer med benägenhet för depression borde lära känna denna benägenhet hos sig själva och veta när de behöver stöd och behandling. Vid behandling av depression är det nödvändigt att öka det psykosociala stödet i studierna, även om den studerande hänvisas till annan vård.

Rekommenderad läsning:

Almonkari M, Koskimies R. toim. 2004. Esiintymisjännittäjille apua. Helsinki: Yliopilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 37.

Koffert T, Kuusi K. 2002. Depressiokoulu Mielenterveyden koulutuskeskus/Suomen Mielenterveysseura.

Se även rekommenderad läsning i kapitel 4.2

8.7 Minskande av hälsoskillnaderna inom studerandehälsovården

Skillnader i de studerandes hälsa

Hälsoskillnaderna märks redan i unga åldersgrupper. Även om 18–29-åriga unga vuxna i genomsnitt är relativt friska, är skillnaderna i hälsa och levnadsvanor stora mellan olika utbildningsgrupper. Enligt Folkhälsoinstitutets undersökning Unga vuxnas hälsa är levnadsförhållandena, hälsobeteendet, hälsan och funktionsförmågan bättre ju högre utbildning gruppen har genomgått eller genomgår. (Martelin ym. 2005a).

Många indikatorer som mäter hälsa och hälsobeteende visar på hälsoskillnader mellan unga vuxna i olika utbildningsgrupper. Till exempel är andelen personer med en långvarig sjukdom klart större bland ungdomar som genomgår utbildning på andra stadiet än bland ungdomar som har genomgått eller genomgår högre utbildning. Skillnaderna mellan utbildningsgrupperna är också betydande redan hos unga vuxna när det gäller upplevd hälsa: i de lägsta utbildningsgrupperna är andelen som upplever att de har en god hälsa klart mindre än i de högre utbildningsgrupperna (Martelin ym. 2005a). Dessa skillnader mellan utbildningsgrupperna har behandlats i tidigare kapitel (rökning, konsumtion av grönsaker, tandborstning, fetma). Även inom den sexuella hälsan har man upptäckt socioekonomiska hälsoskillnader: tonårsflickor i lägre socioekonomiska grupper löper större risk för oplanerad graviditet än tonårsflickor i högre grupper (Vikat ym. 2002).

Bland unga i studerande ålder accentueras hälsoskillnadernas betydelse därför att många levnadsvanor och livsförhållanden som ligger bakom hälsoskillnaderna permanentas i den här livsfasen. Skillnaderna mellan olika studerandegrupper och utbildningsgrupper när det gäller levnadsvanor som påverkar hälsan är särskilt oroväckande, eftersom de förebådar stora hälsoskillnader i senare vuxen ålder (Martelin ym. 2005a).

Rötterna till hälsoskillnaderna sitter djupt i ojämlikheten i samhället. Materiella och kulturella resurser är ojämnt fördelade bland befolkningen. Utbildning är en central resurs som gör det lättare att klara sig i samhället. Den formar bland annat hälsokunskaperna och -värderingarna samt yrkeskarriären. Jobbet och yrket bestämmer för sin del hur mycket en människa utsätts för miljöfaktorer som äventyrar hälsan samt styr beteendet och påverkar utkomsten. Den ekonomiska situationen bestämmer

konsumtionsmöjligheterna och boendeförhållandena. Sammantaget skapar en bra social ställning bättre kunskapsmässiga och ekonomiska förutsättningar att bo och arbeta i en miljö som är bra för hälsan och välja hälsofrämjande beteendemodeller.

Det går att påverka hälsoskillnaderna

Hälsoskillnader och ojämlikhet i fråga om hälsan är ett betydande problem för en hälso- och samhällspolitik som syftar till jämlikhet. Socioekonomiska skillnader är dock möjliga att påverka. Till skillnad från en del av skillnaderna mellan åldersgrupper och kön baserar de sig inte på ofrånkomliga biologiska lagbundenheter. I Finland har man satt som ett centralt mål för hälsopolitiken att minska hälsoskillnaderna mellan olika befolkningsgrupper (Social- och hälsovårdsministeriet 2001b). När målet är en jämnare fördelning av hälsa bland befolkningen bör man ägna särskild uppmärksamhet åt att förbättra hälsan i de grupper som har det sämst ställt. Man måste i synnerhet förbättra situationen för barn och unga som har det sämst, eftersom de tidiga förhållandena fortsätter att inverka långt in i vuxen ålder (Martelin ym. 2005b).

Bland studerande kan man minska både de befintliga och framtida hälsoskillnaderna genom att utveckla studerandehälsovården särskilt vid yrkesläroanstalterna. Livssituationen för studerande inom yrkesutbildningen på andra stadiet är förknippad med omständigheter som innebär särskilda utmaningar när det gäller att främja deras välfärd. Många som studerar till ett yrke måste redan i mycket unga år flytta till annan ort på grund av studierna, vilket ökar ensamheten och känslan av otrygghet och tär på de psykiska resurserna. Studerande på andra stadiet som bor självständigt har mycket ont om pengar, något som det otillräckliga studentstödet bidrar till. Den unga personens familjebakgrund inverkar på valet av utbildning och å andra sidan även på hälsan och hälsobeteendet. Barn till högt utbildade föräldrar söker sig ofta till utbildning på högre nivå. Å andra sidan har den psykosociala miljön hos familjer i bättre socioekonomisk ställning ofta en hälsostärkande effekt.

Rekommenderad läsning:

- Kangas I, Keskimäki I, Koskinen S, Manderbacka K, Lahelma E, Prättälä R, Sihto M. (toim.) 2002. Kohti terveyden tasa-arvoa. Edita, Helsinki.
- Palosuo H, Sihto M, Keskimäki I, Koskinen S, Lahelma E, Manderbacka K, Prättälä R. 2004. Eriarvoisuus ja terveyspolitiikka. Kokemuksia sosioekonomisten terveyserojen kaventamisesta Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:12.
- Palosuo H, Koskinen S. 2005. Terveyserot ja niiden kaventaminen Suomessa. Terveysneito 8/2005.
- Sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen kumppanuushanke TEROKA. www.teroka.fi

8.8 Tidigt ingripande inom studerandehälsovården

Med tidigt ingripande inom studerandehälsovården avses att man så tidigt som möjligt upptäcker problem hos den studerande och i skolgemenskapen och försöker finna lösningar på dem. Förutom tidigt ingripande behövs det också arbete som skapar välfärd och förebygger problem. Vid tidigt ingripande är det särskilt viktigt att erbjuda hjälp och samarbete så att man stödjer den studerandes egna resurser och skapar hopp. Principen för ingripandet är att det skall ske i konstruktiv och ansvarsökande anda i form av en respektfull dialog. Tvärprofessionellt samarbete stödjer det tidiga ingripandet.

Under de senaste åren har principen om tidigt ingripande utvecklats inom olika sektorer och organisationer bl.a. vid behandling av sjukdom, inlärningssvårigheter, missbruksproblem, ungdomsbrottslighet och samsättning. En yrkesperson inom studerandehälsovården kanske ser att en ung person har problem, men kan ha svårt att föra saken på tal. Man kan emellertid träna upp sin förmåga att ta upp svåra saker. En metod för att ta upp oro har utvecklats av Stakes tillsammans med yrkespersoner inom psykosocialt arbete och undervisningsarbete. Metoden både uppmuntrar till och gör det lättare att ta upp oro och för in hopp och alternativ i arbetet. (Eriksson, Arnkil 2005.)

Tidigt ingripande är målet i undervisningsministeriets utvecklingsplan för utbildning och forskning 2003–2008 (Undervisningsministeriet 2004a). Planen utgår från att den utbildningsmässiga grundtryggheten skall säkerställas i praktiken och att de grundläggande rättigheterna i utbildningshänseende förverkligas för var och en på alla nivåer i skolsystemet. Utslagning förebyggs genom tidigt ingripande. Man strävar mot målen genom åtgärder som stärker stöd- och specialundervisningen samt studerandevården och studerandevården, framför allt med hjälp av lagändringar och tvärprofessionellt samarbete.

Principen om tidigt ingripande fungerar i dag bäst för barn i grundskoleåldern, eftersom det i grunderna för läroplanen finns bestämmelser om samarbete mellan hem och skola och om ordnande av studerandevård. För att man skall kunna trygga kontinuiteten i det stöd som eleverna och de studerande behöver borde åtgärderna i samband med det tidiga ingripandet fortsätta när personen övergår till en annan utbildningsnivå.

Rekommenderad läsning:

Arnkil T, Eriksson E, Arnkil R. Palveluiden dialoginen kehittäminen kunnissa. Stakesin Raportteja 253/200.

9 *Ordnande av hälso- och sjukvårdstjänster*

9.1 *Studerandehälsovården som en del av primärvården*

I Finland är tillgången till hälsovårdstjänster tryggad i grundlagen (731/1999), enligt vars 19 § det allmänna skall tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Huvudaktören i den offentliga hälso- och sjukvården är kommunen, som har lagstadgat ansvar för att ordna hälsotjänster för sina invånare. Primärvården är kärnan i hälsovårdssystemet och styrs av folkhälsolagen (66/1972). Hälsovårdstjänsterna produceras oftast av hälsovårdscentraler och mentalvårds- och missbruksenheter i anslutning till hälsovårdscentralerna. År 2005 fanns det 257 hälsovårdscentraler i Finland. På hälsovårdscentralerna och hälsostationerna finns bland annat läkar- och tandläkarmottagning, mentalvårdstjänster samt mödra- och barnrådgivningstjänster. Brådskande öppen sjukvård är tryggad i hela landet oberoende av boningsort för alla som behöver det. Hälsovårdscentralerna är underställda beslutsorgan som baserar sig på kommunal demokrati. Social- och hälsovårdsministeriet och länsstyrelsen har genom lag ålagts att styra och övervaka hälsovårdssystemet.

Studerandehälsovården och skolhälsovården för gymnasieelever är en del av den kommunala primärvården. Enligt 14 § i folkhälsolagen (66/1972, 96/2005) skall kommunen för de studerande vid läroanstalter i kommunen, oberoende av de studerandes hemort, tillhandahålla hälsovård, till vilken hänförs övervakning av de sanitära förhållandena vid läroanstalterna samt de studerandes hälso- och sjukvård samt mun- och tandvård. Kommunen skall också tillhandahålla skolhälsovård, till vilken hänförs att övervaka och främja hälsan och säkerheten inom skolsamfundet i de skolor och läroanstalter i kommunen som ger grundläggande undervisning och gymnasieutbildning, i samarbete med personalens företagshälsovård, att följa och främja elevernas hälsa, att samarbeta med annan elevvårds- och undervisningspersonal samt specialundersökningar som är nödvändiga för konstaterande av hälsotillståndet. Enligt lagen kan hälso- och sjukvård samt mun- och tandvård för studerande vid universitet och yrkeshögskolor även ordnas på något annat sätt. Sedan 1954 har de universitetsstuderande fått sina hälsovårdstjänster från Studenternas hälsovårdsstiftelse (SHVS).

Enligt 3 § i folkhälsoförordningen (802/1992) anses som studerande vid en läroinrättning den som bedriver studier på heltid och vars studier på heltid pågår under minst fyra månader per kalender- och läsår, om inte kommunen av särskilda skäl har godkänt kortare tid för någon läroanstalt eller kurs. Enligt 5 § i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992) är studerandehälsovårdstjänsterna avgiftsfria för klienten fränsett läkartjänster inom öppen sjukvård, hemsjukvård, rehabilitering i form av anstaltsvård, individuell fysioterapi, sjuktransport, uppehälle, sådana intyg och utlåtanden av läkare och tandläkare som inte ansluter sig till vården av patienten samt tandundersökning och tandvård för dem som har fyllt 18 år, samt laboratorie- och röntgentjänster som utförs på hälsovårdscentralen med remiss från privatläkare.

För dem som omfattas av studerandehälsovården ordnas således både hälso- och sjukvårdstjänster inklusive munhälsovårds- och mentaltvårdstjänster. Tjänsterna ordnas av den kommun eller samkommun inom vars område den studerandes läroanstalt är belägen. Studerandehälsovårdstjänster som gäller sjukvård ordnas för alla studerande enligt lagstiftningen om tillgång till vård och på samma sätt som för den övriga befolkningen. För gymnasieelever som studerar på annan ort än hemorten skall tjänster ordnas på studieorten.

Enligt företagshälsovårdens erfarenheter är sjukvård som en del av företagshälsovården till nytta på många sätt (se t.ex. Työterveyslääkäri 3/2000). Det praktiska arbetet till exempel inom hälsovården för universitetsstuderande har likaså visat att gränsen mellan förebyggande och behandlande hälsovård inte alltid är tydlig. Bakom vardagliga upprepade luftvägsinfektioner eller somatiska symtom hos en studerande kan det ligga stressfaktorer som är relaterade till studieförhållandena och signalerar om problem i studiemiljön.

På orter där de studerande vid yrkesläroanstalter och yrkeshögskolor utgör ett tillräckligt stort befolkningsunderlag har man gått in för att koncentrera studerandehälsovårdstjänsterna till en särskild hälsovårdsstation som inrättats för ändamålet.

9.2 Personal

9.2.1 Personalresurser

Ett grundläggande villkor för en framgångsrik studerandehälsovård är en tillräckligt stor personal som har den sakkunskap som krävs för studerandehälsovård. Nätverksarbetet inom den förebyggande hälsovården, som inriktar sig på skolgemenskapen på ett nytt sätt, och det övriga tvärprofessionella samarbetet är särskilt tidskrävande. Tid måste också avsättas för fortbildning och eventuell arbetshandledning.

Bilaga 6 innehåller en dimensioneringskalkyl för en hälsovårdares arbete inom studerandehälsovården. På andra stadiet förutsätter studerandehälsovården en heltidsanställd hälsovårdare per 600–800 studerande och inom **den högre utbildningen** en heltidsanställd hälsovårdare per 800–1000 studerande, då ingen semestervikarie finns. Antalet studerande per hälsovårdare är uppskattat. Antalet är mindre, om

- hälsovårdaren jobbar på flera än ett verksamhetsställe
- studerandehälsovården inte har tillgång till tillräckliga psykologtjänster
- orten saknar ett fungerande nätverk för mentalvårdstjänster för studerande
- hälsovårdaren inte jobbar i team med en namngiven läkare som är insatt i studerandehälsovård
- studerandehälsovården inte har tillgång till annan hälsovårds- och socialvårdsexpertis
- andelen yrkesstuderande, gymnasieelever, utländska studerande eller utbytesstuderande är stor bland de studerande
- det finns många tidskrävande ungdomar bland de studerande (ungdomar som löper risk för utslagning och har multipla problem)

Vid dimensioneringen av en läkares arbete inom studerandehälsovården är utgångspunkten 2500–3000 studerande per heltidsanställd läkare. Antalet studerande per läkare är en uppskattning, som man har fått bekräftelse på via SHVS:s verksamhet. Antalet studerande är beroende av antalet läroanstalter och utbildningsområden samt av hur arbetet i gemenskaperna är ordnat.

Vid lösandet av studerandes problem bör det inom studerandehälsovården vara möjligt att bilda tvärprofessionella team, till vilka man beroende på fallet kallar in expertis, till exempel psykologer, fysioterapeuter, näringsterapeuter, munhygienister, skolpastorer, studiehandledare, speciallärare och psykiatriska sjukskötare. Experter från företagshälsovården kan ge stöd särskilt i frågor som gäller en hälsosam och trygg studiemiljö.

9.2.2 Hälsovårdarens och allmänläkarens arbete inom studerandehälsovården

Hälsovårdaren och läkaren bildar ett fast arbetspar som samarbetar tvärprofessionellt med andra yrkespersoner inom social- och hälsovården.

Inom den kommunala studerandehälsovården har hälsovårdarna ett slags servicehandledarroll då de deltar i planeringen av servicehelheten för studerande som behöver tvärprofessionellt stöd. Hälsovårdarens tjänster skall vara lättillgängliga för de studerande antingen vid läroanstalten eller vid ett centraliserat verksamhetsställe för studerandehälsovården.

Hälsovårdarens arbete består av tre olika delområden.

- 1) *Kollektivt inriktat nätverks- och kommunikationsarbete inom den förebyggande hälsovården* omfattar bl.a. medverkan i studerandevårdsarbetet, missbruks- och krisarbete vid läroanstalten, kollektivt inriktat hälsofrämjande och annat nätverksarbete tillsammans med expertis inom studerandehälsovården, läroanstaltens personal, studerandeföreningar, mentalvårdsbyrån, missbrukskliniker och skolpastorer.

Vidare deltar studerandehälsovårdaren i övervakningen av de sanitära förhållandena i studiemiljön, och handhar diverse kommunikationsuppgifter i gemenskapen, bland annat ordnande av informationsmöten för nya studerande. I den här helheten ingår även deltagande i utvecklingsarbetet inom studerandehälsovården och i fortbildning.

- 2) *Individuellt inriktat arbete bland de studerande* är ett annat delområde i studerandehälsovårdarens arbete. En central arbetsform är hälsoundersökningar av förstaårsstuderande med därtill hörande enkäter. Exempel på andra hälsoundersökningar är undersökningar som förutsätts i lagen om smittsamma sjukdomar, undersökningar i samband med yrkesvalet eller uppföljande kontroller till exempel på grund av funktionshinder eller utslagningsrisk.

Hälsovårdarna ordnar också kurser och grupper av olika slag för de studerande, till exempel rökavvänjnings-, viktkontroll- eller stresshanteringsgrupper. Till det här uppgiftsområdet hör även upplysnings- och hälsorådgivningsarbete som rör de studerandes välfärd, ett arbete i vilket man förutom skriftligt rådgivnings- och instruktionsmaterial även utnyttjar elektroniska medier eller andra informationskanaler i mån av möjlighet.

- 3) *Hälsovårdarens mottagningsverksamhet* är hälsovårdarens tredje delområde inom studerandehälsovården. Typiska mottagningsuppgifter som sköts med eller utan tidsbeställning är rådgivning och egenvårdsinstruktioner i samband med förebyggande eller behandling av sjukdomar, uppföljning av sjukdomar, psykosocialt stöd, första hjälpen vid sår och små skador, vaccinationer, preventivrådgivning, utskrivning av/anvisningar om akut-p-piller samt handledning vid abort och begynnande graviditet. På mottagningen kan man utföra grundläggande diagnostiska undersökningar och

små undersökningar i samband med behandling av sjukdomar, bland annat mätning av blodtryck samt urin- och blodprov.

Sedan lagstiftningen om tillgång till vård trädde i kraft kan hälsovårdaren inom studerandehälsovården för sin del sköta bedömningen av de studerandes vårdbehov.

Varje verksamhetsställe inom studerandehälsovården skall ha en namngiven läkare som hälsovårdaren kan konsultera under arbetsdagen. Läkare som jobbar inom studerandehälsovården skall vara tillräckligt förtrogna med specialfrågor inom studerandehälsovården. Om de studerande bildar ett befolkningsunderlag som är tillräckligt stort med tanke på läkarens arbete är det att rekommendera att läkaren koncentrerar sig på studerandehälsovård.

Alla som omfattas av studerandehälsovården ges hälso- och sjukvårdstjänster på allmänläkarnivå. För läkarens del omfattar mottagningsarbetet inom studerandehälsovården konsultationer som hälsovårdaren bitt om med åtföljande gemensamma diskussioner samt läkarbesök som de studerande själv bokar. I mån av möjlighet bör även läkartjänster av jourkaraktär ordnas under tjänstetid inom studerandehälsovården. En studerande som behöver en läkartjänst av jourkaraktär skall hänvisas till hälsovårdscentralens jour, om inte läkaren inom studerandehälsovården har möjlighet att bedöma patientens situation vid sidan av sitt övriga arbete.

Mottagningstjänsten omfattar diagnostiska undersökningar på allmänläkarnivå som stödjer läkarens kliniska arbete, såsom laboratorie- och röntgenundersökningar. Dessa kan tillhandahållas inom ramen för hälsovårdscentralens övriga verksamhet. Verksamheten kan försiggå vid läroanstalten, om där finns ett tillräckligt utrustat undersöknings- och behandlingsrum för läkarmottagningens behov.

Läkaren deltar också i mån av möjlighet i expertuppgifter vid läroanstalten och jobbar som hälsovårdarens arbetspar vid den förebyggande hälsovården.

9.3 Lokaler och arbetsredskap

Studerandehälsovården borde ha sina lokaler antingen i läroanstalten eller på ett centraliserat verksamhetsställe för studerandehälsovård som särskilt planerats för ändamålet. För att man skall kunna möta de särskilda utmaningarna inom studerandehälsovården skall den helst inte integreras i den ordinarie mottagningsverksamheten. Arbetsrummen för studerandehälsovård skall vara ändamålsenliga och behörigt utrustade. Rummen bör också vara handikappvänliga. Vänttrum, mottagningsrum för hälsovårdare och läkare, WC och vilorum bör finnas. Mottagningsrummet skall också vara tillräckligt väl ljudisolerat med tanke på sekretessen.

Från hälsovårdslokalerna skall studerandehälsovårdens personal ha åtkomst till datanäten och de elektroniska patientdatasystemen. Utbildningsanordnaren borde avdela lokaler för studerandehälsovården. För att lokalerna skall planeras på ett ändamålsenligt sätt krävs det ett bra samarbete mellan studerandehälsovårdspersonalen och utbildningsanordnaren.

9.4 Munhälsovårdstjänster

Det finns skillnader i utbudet av tjänster och tillgången till vård inom munhälsovården för studerande, trots att de studerande borde få sina tjänster på samma grunder som den övriga befolkningen (enhetliga grunder för vård www.stm.fi/det nationella projektet för tryggnad av hälso- och sjukvården i framtiden). Till munhälsovårdstjänster inom studerandehälsovården hör akutvård, mun- och tandhälsovård, bastandvård och annan behövlig vård. Studerande skall ha möjlighet att få råd och handledning av en yrkesperson inom munhälsovården samt individuellt anpassad munvård inom utsatt tid. Inom studerandehälsovården baserar sig den systematiska vården på individuella tand- och munsjukdomar hos de studerande samt på förekomsten av risker, och undersökningsintervallerna läggs upp enligt detta. Intervallerna kan vara från ett halvår upp till flera år. I hälsoenkäter som riktar sig till nya studerande utreds om en individuell vård- och uppföljningsplan har gjorts upp för den studerande. Om ingen plan finns skall man göra upp en sådan och följa med att den förverkligas.

För bedömning av vårdbehovet skall den studerande få omedelbar kontakt med hälsovårdscentralen under tjänstetid. Vid kontakten bedöms hur brådskande vården är och behovet av omedelbar vård. Personer som behöver brådskande vård ges hjälp omedelbart och vid behov ordnas fortsatt vård för att slutföra åtgärden. Bedömningen av vårdbehovet, som baserar sig på enhetliga grunder för tillgång till vård, skall göras inom tre dagar från kontakten, om den inte kan göras vid den första kontakten. Vårdbehovet kan bedömas av en yrkesperson inom hälsovården, till exempel en tandvårdare eller munhygienist. Undersökningen utförs och diagnosen ställs alltid av en tandläkare. Den munvård som behövs skall påbörjas inom skälig tid, dock senast inom sex månader efter att behovet av vård konstaterats. Om vård inte kan ges inom utsatt tid skall kommunen eller samkommunen ordna vård genom att köpa den av någon annan tjänsteleverantör utan att patientens klientavgift förändras.

Munhälsovårdspersonalen jobbar ofta utanför läroanstalterna, och då behövs det ett nära samarbete och täta kontakter mellan dem och den övriga personalen inom studerandehälsovården och med läroanstaltens personal. Samarbetet kan omfatta hälsorådgivning, beredning av studieinnehållet i ämnet hälsokunskap samt identifiering och åtgärdande av faktorer som äventyrar hälsan vid läroanstalterna.

Munhälsovårdspersonalen har möjlighet att upptäcka förändringar i den studerandes liv och även symtom som tyder på hälsoproblem före den övriga hälsovårdspersonalen. Sjukdomar och ogynnsamma förändringar i den studerandes livsförhållanden kan märkas i form av munsjukdomar redan innan det finns några andra iakttagbara hälsoeffekter.

När en studerande har förhöjd risk för munsjukdomar ges effektiviserad förebyggande tandvård på mottagningen (t.ex. behandlingar med fluor och klorhexidinlack) samtidigt som man intensifierar den individuella hälsorådgivningen för att göra egenvården effektivare.

9.5 Mentalvårdstjänster

En psykisk störning kan vara en subjektiv sjukdomsupplevelse eller en sjukdom som omgivningen lägger märke till. När en störning försvårar studiearbetet måste man kunna ta tag i situationen inom studerandehälsovården. Efterfrågan på mentalvårdstjänster har stadigt ökat sedan 90-talet. Man har inte kunnat visa att psykiska problem i sig har blivit vanligare. Det är snarare så att tröskeln för att söka hjälp har blivit lägre. Därför har behandlingen av dessa problem blivit en av studerandehälsovårdens centrala uppgifter.

Psykiska problem inverkar på studieförmågan och därför är kompetens inom det här området till nytta inom studerandehälsovården. Man måste kunna bedöma störningens svårighetsgrad rätt och planera lämpliga fortsatta åtgärder. Efter att lagstiftningen om tillgång till vård förnyades har alla specialområden formulerat kriterier för bedömning av vårdbehovet. De kriterier som satts upp för ungdomspsykiatri baserar sig på bedömning av den unga personens psykiska funktionsförmåga. Det aktuella bedömningsformuläret kan användas som hjälpmedel inom studerandehälsovården när man bedömer hur allvarlig den psykiska störningen är. Från primärvården kan patienten även remitteras till specialistvård, och då blir det specialistvårdens uppgift att bedöma vårdbehovet. Kriterierna för ungdomspsykiatri har formulerats med tanke på minderåriga och lämpar sig därför närmast som stöd för dem som jobbar med gymnasieelever och studerande vid yrkesläroanstalter.

Inom studerandehälsovården bör man ägna särskild uppmärksamhet åt att utveckla mentalvårdstjänsterna till ett nätverk av tjänster som motsvarar de studerandes behov. Dessutom bör det inom studerandehälsovården finnas tillräckligt många experter som är förtrogna med unga vuxnas problem och inte bara kan ge adekvat vård till de studerande utan även experthjälp och stöd till den övriga personalen inom studerandehälsovården.

Att behandla lindriga psykiska störningar hör till studerandehälsovårdens arbete. Hälsovårdaren och läkaren kan i samarbete med aktörerna inom läroanstaltens studerandevård ordna med ett tillräckligt stöd för

den studerande så att han eller hon upprätthåller sin studieförmåga. Behandling av psykiska störningar är tvärprofessionellt samarbete inom läroanstaltens och kommunens nätverk. Vilka aktörer som kan delta i teamarbetet varierar inom olika hälsovårdscentralers verksamhetsområden och vid olika läroanstalter. Till exempel är socialarbetarnas, skolkuratorernas och studiepsykologernas tjänster mycket varierande. Därför borde alla som ordnar studerandehälsovård bilda ett tvärprofessionellt team i sin egen verksamhetsmiljö av de aktörer som är tillgängliga. Det är viktigt att på förhand systematiskt bygga upp ett samarbetsnätverk och gemensamma handlingsmodeller. Inom studerandehälsovården behövs det en plan som aktörerna inom mentalvården för studerande gemensamt har kommit överens om och där det står hur man har fördelat uppgifterna och ansvaret mellan aktörerna. Det finns inte någon färdig modell för nätverket och samarbetet, eftersom de tillgängliga nätverken och de olika aktörernas uppgifter är mycket skiftande inom olika hälsovårdscentralers verksamhetsområden. Därför måste man i varje område själv bygga upp ett samarbetsnätverk med utnyttjande av områdets egna resurser. Att verksamheten är organiserad och överskådlig bidrar redan i sig till att lindra nöden hos en studerande med psykiska problem.

På vissa orter har man anställt skolpsykologer för gymnasieeleverna och studiepsykologer för yrkesläroanstalterna och yrkeshögskolorna. Psykologernas arbete är inriktat på individuell rådgivning och psykoterapi. En typisk vårdperiod omfattar cirka 10 sessioner. Psykologerna jobbar också med förebyggande arbete vid läroanstalterna och kan ge sitt stöd vid utvecklingen av arbetsklimatet vid läroanstalten. Det rekommenderas att psykologernas sakkunskap utnyttjas inom läroanstalternas välfärdsarbete och vid behandlingen av psykiska problem som är typiska för studerande. Även skolkuratorerna är viktiga samarbetspartner i arbetet för upprätthållande av studieförmågan. Psykologens och socialarbetarens/kurators arbetsinsats bör inriktas dels på mottagningsverksamhet, dels på arbete som stödjer den sociala gemenskapen i studiemiljön och verksamhetsförutsättningarna där.

Psykologerna har två olika roller inom studerandehälsovården. *Hälsovårdpsykologerna* inriktar sig mera på behandling och förebyggande av psykiska störningar, medan studiesvårigheter är det centrala i läroanstalternas *studiepsykologers* verksamhet. När studierna stannar på stället eller avbryts eller när det vetenskapliga arbetssättet skapar ångest osv. bör man inte alltid tolka det som hälsoproblem utan försöka finna lösningar på problemen via andra kanaler, till exempel studieförmåga, motivation, engagemang eller pedagogik. De knappt tjugo personer som arbetar som studiepsykologer i högskolorna har gått samman i ett nätverk. På Kehrä-webbplatsen finns ett materialpaket om högskolornas studiepsykologverksamhet. (www.yths.fi/Terveystiedonjakaminen/Kehrä/opintopsykologitoiminta)

Minderåriga med allvarliga psykiska störningar remitteras till ungdomspsykiatriska tjänster. De ungdomspsykiatriska klinikerna tar i allmänhet inte emot personer som fyllt 18 år för bedömning av vårdbehovet. Unga vuxna som insjuknat allvarligt måste hänvisas till mentalvårdscentralerna och de psykiatriska vuxensjukhusen. I alla regioner finns det dock inte tillräckligt med tjänster som har planerats utifrån unga vuxnas behov. De enheter inom studerandehälsovården som jobbar med unga vuxna måste kunna planera hurudant stöd vid psykiska störningar enheten själv förmår ge och skapa nätverk tillsammans med andra aktörer i området så att man på förhand kommer överens om vårdkedjorna och vårdansvaret. De flesta mentalvårdshälsocentraler är en del av primärvården och utgör en naturlig samarbetspartner, där aktörerna inom studerandehälsovården kan få stöd vid behandlingen av psykiska störningar. Mentalvårdsbyråerna inom primärvården hör till hälsovårdscentralen och är därmed skyldiga att svara på behoven hos de studerande vid läroanstalterna inom hälsovårdscentralens verksamhetsområde.

Det kan uppstå förvirring i skolgemenskapen när en studerande får en psykisk störning. Studerandehälsovården borde tillsammans med studerandevårdsarbetsgruppen ta kontroll över situationen så att studieron upprätthålls. När en person som haft en psykisk störning återvänder till skolgemenskapen uppstår också en specialsituation, där man genom kollektivt inriktat arbete betydligt kan öka chanserna för att återvändandet går bra. I kapitel 7.9.4 Självdestruktivitet beskrivs identifiering av självmordsrisk och handlingsmodellen för vårdpraxis.

Rekommenderad läsning:

Pylkkänen, K. 2003. Hoitotakuu nuorisopsykiatriassa. NUOTTA-projektin loppuraportti 2003. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:13.
www.yths.fi → Terveiden edistäminen → Kehä → opintopsykologitoiminta

9.6 Missbrukartjänster

Utgångspunkten för missbrukartjänster är att man på alla servicenivåer så tidigt som möjligt tar itu med missbruksrelaterade problem och aktivt erbjuder information, hjälp och stöd. Studerandehälsovården ansvarar för egen del för tidig diagnostisering och behandling av missbruksproblem.

Yrkespersonerna inom studerandehälsovården bör ha tillräcklig yrkeskompetens för detta, till exempel inhämtad genom fortbildning. Till kompetensen hör att

- kunna ta upp missbruk med en klient
- känna till olika behandlings- och interventionsalternativ
- kunna hänvisa klienten till specialtjänster inom missbrukarvården efter behov

Det ställe där den första klientkontakten skett ansvarar alltid för behandlingen av klienten tills behövlig fortsatt behandling har ordnats. Aktörerna inom studerandehälsovården skall känna till missbrukartjänsterna i sitt område och skapa samarbetsnätverk med dem samt komma överens om handlingsmodeller redan innan den första missbrukaren som behöver specialtjänster dyker upp på studerandehälsovårdsmottagningen.

9.7 Andra tjänster inom primärvården

Målet är att studerandehälsovården skall ta vid efter skolhälsovården utan att kedjan bryts. I det kommunala primärvårdssystemet tar studerandehälsovården över omsorgen om hälsan och välfärden hos dem som slutat grundskolan. Det är särskilt viktigt att ungdomar som efter grundskolan inleder yrkesutbildning på andra stadiet får stöd och hjälp under det första studieåret och eventuellt längre, tills man kan vara säker på att de klarar sig själva.

Fysioterapeutens sakkunskap kan utnyttjas inom studerandehälsovården särskilt vid förebyggande av sjukdomar och rådgivning samt åtgärdande av ergonomiska problem. Studerande som följer dieter som kräver särskild kunskap eller som har svåra ätstörningar hänvisas med fördel till näringsterapeutens mottagning. Talterapeutens tjänster behövs vid behandlingen av röststörningar hos studerande. Många studerande utbildar sig till yrken där användning av rösten är en väsentlig del av yrkesutövningen.

Företagshälsovårdens kompetens kan utnyttjas vid yrkesmässiga specialfrågor som gäller utbildningsområdet eller vid problem som är gemensamma för de studerande och läroanstaltens personal. Företagshälsovårdens kompetens är viktig vid främjandet av en trygg och hälsosam studiemiljö och vid utredningar av studiemiljön.

Hälsovårdscentralerna tillhandahåller diagnostiska och behandlingsmässiga stödtjänster av olika slag. Bland annat är laboratorie- och röntgentjänster en del av den sedvanliga primärvården, och dessa tjänster ordnas för studerande på samma sätt som för andra kommuninvånare.

Rekommenderad läsning:

Skolhälsovården 2002. 2002. En handbok för skolhälsovårdare, läkare, grundskolor och kommuner. Stakes, Handböcker 54.

9.8 Ordnande av specialiserad sjukvård

Folkhälsolagen föreskriver om primärvården för de studerande. Lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989) innehåller också en punkt som handlar om studerande. Enligt lagen skall "studerande vid högskolor

och andra läroanstalter inom ett sjukvårdsdistrikt under den tid då de på grund av sina studier vistas inom ett främmande sjukvårdsdistrikt beredas sjukvård på ett sjukhus eller i en annan verksamhetsenhet som hör till kommunalförbundet för detta sjukvårdsdistrikt.” ”För sjukvård som ett kommunalförbund för ett sjukvårdsdistrikt bereder en patient som inte är från en kommun som hör till kommunalförbundet och för annan därtill ansluten verksamhet enligt denna lag skall kommunalförbundet för det sjukvårdsdistrikt till vilket patientens hemkommun hör betala ersättning. Ersättning för annan vård och verksamhet är kommunalförbundet för sjukvårdsdistriktet skyldigt att betala endast då det har godkänt vården i ett annat sjukvårdsdistrikt.”

Studerande kan vid behov remitteras till specialiserad sjukvård på studieorten. De specialistvårdstjänster som ges definieras innehållsmässigt som undersökning och behandling av ett sjukvårdsproblem och klassas inte längre som särskild studerandehälsovård. Efter en period av specialistvård kan den studerande hänvisas tillbaka till studerandehälsovården för efterkontroll och uppföljning. Allmänläkare som verkar inom studerandehälsovården borde ha ett bra samarbete och ett konsultationsnätverk särskilt med de specialiteter inom vilka studerande oftast har problem, till exempel psykiatri, gynekologi, hudsjukdomar och allergier samt ögonsjukdomar.

9.9 *Studenternas hälsovårdsstiftelse*

Hälsovården för universitetsstuderande började 1932 med lungundersökningar av studenter på grund av hotet om lungtuberkulos. År 1954 grundade FSF Finlands Studentkårers Förbunds Hälsovårdsstiftelse och dess verksamhet blev riksomfattande. År 1958 fick stiftelsens sitt nuvarande namn. SHVS började tillhandahålla tandvårdstjänster 1955 och mentalvårdsarbetet blev en särskild linje 1968. Den förebyggande hälsovården fick en starkare ställning 1972 i och med införandet av hälsoundersökningar för förstaårsstuderande. (Kukkonen 1991.)

När folkhälsolagen (66/1972) stiftades 1972 var det först meningen att även de universitetsstuderandes hälsovård i sinom tid skulle överföras till universitetsorterna som en del av folkhälsoarbetet. Man valde emellertid att hålla kvar det tidigare systemet och kom överens med universitetsstäderna om att SHVS även framdeles sköter de universitetsstuderandes hälsovård. Samtidigt gjordes ett tillägg i folkhälsolagen (903/1985), enligt vilket hälso- och sjukvård samt tandvård för studerande vid universitet och högskolor med kommunens samtycke också kan ordnas på annat sätt. År 1991 tillfogades ytterligare en punkt (71/1991), enligt vilken social- och hälsovårdsministeriets godkännande krävs om studerandehälsovården ordnas på något annat sätt.

9.9.1 Rätt att utnyttja tjänsterna

Studenternas hälsovårdsstiftelse är en privaträttslig och allmännyttig stiftelse enligt stiftelselagen. SHVS har 16 hälsovårdsstationer runt om i landet, vilka är verksamhetsenheter enligt lagen om privat hälso- och sjukvård. SHVS har även begränsad verksamhet på nio orter där universiteten har filialer. (SHVS 2005.)

Studenternas hälsovårdsstiftelses tjänster kan anlitas av alla studerande vid vetenskaps- och konsthögskolor som enligt universitetslagen (645/1997) hör till studentkåren och har betalat den årliga medlemsavgiften till studentkåren. SHVS:s tjänster kan anlitas på vilken hälsovårdsstation som helst. På orter där det finns universitetsundervisning men ingen SHVS-hälsovårdsstation har tjänsterna köpts från kommunen eller privata serviceleverantörer. År 2004 omfattade stiftelsens verksamhet 141 424 studerande. Samtidigt hade SHVS 572 ordinarie anställda. (SHVS:s årsberättelse 2004.)

9.9.2 Förvaltning och finansiering

Enligt stiftelselagen har styrelsen för Studenternas hälsovårdsstiftelse beslutsrätten och ansvaret för verksamheten. I styrelsen sitter företrädare för de studerande, Fpa, Finlands Kommunförbund, social- och hälsovårdsministeriet samt Ylioppilaiden terveydenhuollon toimihenkilöt ry (YTT). Förutom styrelsen utövas beslutanderätt inom SHVS även av delegationen och hälsovårdsstationernas direktioner. Stiftelsen har en verkställande direktör och för den medicinska styrningen ansvarar chefsöverläkaren, chefspsykiatern och chefstandläkaren. (SHVS 2005.)

Folkpensionsanstalten är Studenternas hälsovårdsstiftelses största finansiär. Andra finansiärer är de studerande, universitetsstäderna och undervisningsministeriet. Folkpensionsanstaltens styrelse beslutade 22.8.1997 med stöd av 29 § i sjukförsäkringslagen att ersättningen till SHVS gäller förebyggande, hälsofrämjande och vårdande primärvård för studerande inom SHVS alla tre linjer, det vill säga öppen sjukvård på allmänläkar- och specialistnivå, mentalvårdsarbete och tandvård. Ersättningen är högst 63 % av stiftelsens totala finansiering under räkenskaps- och verksamhetsperioden.

De studerandes avgiftsandel består av en hälsovårdsavgift som ingår i medlemsavgiften till studentkåren samt av besöksavgifter. År 2005 var hälsovårdsavgiften 35 euro. Besöksavgift tas inte ut för besök på allmänläkarens och hälsovårdarens mottagning, för de första besöken på mentalrådgivningen (en period på 1–5 besök), hälsoundersökningar till vilka de studerande kallas och inte heller för tandundersökningar till vilka de studerande kallas. (SHVS 2005.)

9.9.3 Stiftelsens tjänster

Studenternas hälsovårdsstiftelse producerar öppenvårdstjänster för studerande på allmänläkar- och specialistnivå inom hälso- och sjukvård, mentalvård och munhälsovård. Målet för det hälsofrämjande arbetet är att främja de studerandes hälsa, välfärd och studieförmåga. Verksamheten baserar sig på en strategi om hälsofrämjande och grundtanken är att främja och upprätthålla hälsoskyddande faktorer i förhållandena och hos de studerande själva samt minska riskfaktorer och den individuella sårbarheten. De praktiska åtgärderna inriktar sig både på skolgemenskaperna och individerna. (SHVS 2004a.) Ett exempel på riksomfattande kollektivt inriktad verksamhet är välfärdsprojektet Kehrä, som genomfördes 2001–2004 i samarbete mellan Finlands Studentkårers förbund, Studerandenas Idrottsförbund och universiteten. Efter projektfasen fortsätter projektet som normal verksamhet. (Bilaga 21).

På SHVS:s webbplats finns avdelningen Hälsoinformation A–Ö, som består av en artikelsamling om hälsa, sjukdomar, psykisk hälsa och munhälsa hos unga vuxna i studerande ålder. SHVS erbjuder också webbrådgivning om vissa ämnen. Rådgivningen ges av en hälsovårdare, en allmänläkare och en företrädare för munhälsovård. Tidigare frågor och svar har sammanställts i en databas som även de studerande kan söka i. (SHVS 2005.)

Tabell 15. Studenternas hälsovårdsstiftelses tjänster

Hälso- och sjukvård	Mentalvård	Munhälsovård
Främjande av hälsa och förebyggande av sjukdomar	Förebyggande mentalvård	Akutvård
Främjande av en hälsosam studiemiljö	Mentalvårdsrådgivning	Grundläggande tandvård och specialvård
Hälsoundersökningar för nya studerande	Psykiatrisk undersökning och konsultation	Tandvård som ges av tandläkare, specialtandläkare och specialtandskötare
Vaccinationer	Psykiatrisk vård och rehabilitering	Systematisk tandvård
Sjukvård		
Hälsovårdar-/sjukskötarmottagning		
Allmänläkar- och specialistmottagning		
Laboratorieundersökningar		
Röntgenundersökningar		
Fysioterapi		
Foniatri och talterapi		

10

Särskilda frågor inom studerande- hälsovården

10.1 Internationaliseringen av studierna

År 2003 studerade 14 700 utlänningar i Finland i examensinriktad utbildning efter den grundläggande utbildningen. Andelen utländska studerande var störst, 2,8 %, inom yrkesutbildningen. Vid yrkeshögskolorna utgjorde utlänningarna 2,7 % och inom universitetsutbildningen (både grund- och påbyggnadsutbildning) 2,6 %. Minst var andelen utlänningar inom gymnasieutbildningen, 1,6 %. Ryssar, ester och kineser utgjorde de största utländska studerandegrupperna. Nästan var fjärde utländsk studerande var från Ryssland. EU-ländernas andel av utlänningarna var 15 %, esternas 11 % (sedan 1.5.2004 ett EU-land) och kinesernas 9 % (Statistikcentralen 2005).

De utländska studerande kan indelas i två huvudkategorier: utbytesstuderande som bara avlägger en del av sina studier i Finland, samt examensstuderande vars mål är att avlägga hela högskoleexamen i en finländsk högskola. Studerandeutbytet baserar sig på samarbetsavtal mellan högskolorna och på EU:s program för studerandeutbyte. År 2002 fanns det ca 2 400 utländska utbytesstuderande vid yrkeshögskolorna och cirka 3 800 vid universiteten. Antalet utländska examensstuderande var drygt 3 100 vid yrkeshögskolorna och knappt 4 200 vid universiteten. Antalet utbytes- och examensstuderande har ökat under de senaste åren, även om antalet examensstuderande internationellt sett fortfarande är relativt lågt i vårt land. Statsrådet har satt som mål att antalet utländska utbytesstuderande i slutet av årtiondet är 8 000 vid yrkeshögskolorna och 6 000 vid universiteten. Ett annat mål är att sammanlagt 12 000 utlänningar studerar för examen i Finland 2008.

Alla som bor i Finland och har sin hemort här enligt lagen om hemkommun (201/1994) har rätt till de social- och hälsovårdstjänster som kommunen ordnar, bland annat hälsovårdscentrals- och sjukhustjänster. Med stöd av 4 § i lagen om hemkommun får en utlänning hemkommun i Finland, om han bor i Finland och har för avsikt att stadigvarande bosätta sig här och om han dessutom har ett giltigt uppehållstillstånd som berättigar till minst ett års vistelse, såvida sådant tillstånd krävs av honom. En utlänning som har godkänts som studerande vid en läroanstalt i Finland, beviljas tillfälligt uppehållstillstånd enligt 45 § i utlänningslagen (301/2004) för examensinriktade eller yrkesinriktade studier eller, om det finns grundad anledning, även för andra studier.

Utländska studerande omfattas av studerandehälsovård som ordnas enligt folkhälsolagen. Likaså skall brådskande sjukvård ges till alla som behöver det oberoende av boningsort och medborgarskap.

Avgifterna som tas ut av studerande bestäms enligt lagen (734/1992) och förordningen (912/1992) om klientavgifter. Hälsovårdscentralen och sjukhuset kan ta ut en klientavgift enligt de faktiska kostnaderna för de tjänster de ordnar, om den studerande inte har hemkommun i Finland och om inte annat följer av ett internationellt avtal som binder Finland på nedan konstaterat sätt.

Utländska studerande som studerar vid universiteten och betalar hälsovårdsavgift i samband med medlemsavgiften till studentkåren har rätt att anlita SHVS:s tjänster på samma sätt som finländska universitetsstuderande.

Vid tillfällig vistelse i Finland har studerande från EU- och EES-länder samt Schweiz med stöd av EG-lagstiftning rätt till sjukvård som är nödvändig av medicinska skäl. Vid bedömningen av huruvida den vård som ges under vistelsen är nödvändig beaktas i första hand medicinska skäl, men bedömningen påverkas också av hur lång tid den studerande beräknas vistas i Finland och av vårdens natur, dvs. vilken vård som är nödvändig t.ex. under en tremånaders- eller ettårsvistelse. Från och med juni 2004 skall denna rätt visas med ett europeiskt sjukvårdskort, som har ersatt de tidigare blanketterna E111, E119 och E128. Det europeiska sjukvårdskortet används av studerande från följande länder: Nederländerna, Belgien, Spanien, Irland, Island, Italien, Österrike, Grekland, Cypern, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Norge, Portugal, Polen, Frankrike, Sverige, Tyskland, Slovakien, Slovenien, Schweiz, Danmark, Republiken Tjeckien, Ungern, Estland, Förenade Kungadömet (Storbritannien). Studerande från de nordiska länderna och Storbritannien kan också styrka sin rätt med pass eller personbevis. Studerande från EU- och EES-länder betalar samma klientavgifter som de som är permanent bosatta i Finland.

Dessutom har Finland ett socialskyddsavtal med Quebec som omfattar studerande, universitetsforskare och personer som avlägger obligatorisk praktik i anslutning till studier samt dessas familjemedlemmar. Personer som tillfälligt vistas i Finland med stöd av avtalet får hälsovårdstjänster enligt samma förutsättningar som i Finland bosatta personer.

Studerande från andra än de ovannämnda länderna borde ha en privat försäkring för hälso- och sjukvård. Den utsändande högskolan eller läroanstalten bör se till och ansvara för att den studerande har de försäkringar som behövs för hälso- och sjukvård. Det här gäller till exempel personer som kommer till Finland som utbytesstuderande. I praktiken har den här saken dock inte alltid skötts om. Utbytesstuderande behöver närmast brådskande sjukvård, men också till exempel tjänster i samband med förebyggande av graviditet.

10.2 Studier som drar ut på tiden eller avbryts

Alla utbildningsområden har rekommendationer för inom hur lång tid examen skall avläggas. Dessutom kan man statistiskt bestämma exempelvis de genomsnittliga utbildningstiderna för olika examina. Studiehjälperns uppgift är att hjälpa den studerande att lägga upp sina studier och avlägga examen inom en ändamålsenlig tid. (Se även kapitel 4.2. Studieförmågan är den studerandes arbetsförmåga)

En rad projekt som syftar till att främja och stödja studierna har lett till rekommendationen att läroanstalterna borde inrikta sig på att förhindra att studerande avbryter studierna eller drar ut på studietiden om orsaken är dålig studiemotivation eller missnöje, men däremot inte om orsaken

Tabell 16. Orsaker till frånvaro eller problem med studietakten

Orsaker till att studierna drar ut på tiden	Konkreta exempel
Brist på motivation	fel bransch, vilken bransch? omgivningens inverkan (hemmet, vännerna) kan inte planera framåt (varför?)
Trötthet	sömnbrist sömnsvårigheter (svårt att somna, vaknar under natten) depression eller annat psykiskt problem stress livskris missbruksproblem eller annat beroende (internet, spel, tv) fysisk sjukdom levnadsförhållanden hemmet, hushållsarbetet, bekymmer för anhöriga boendeförhållanden
Inlärningssvårigheter	grunden kan ofta märkas redan i grundskolan ADHD/ADD (symtomen börjat redan före 7 års ålder) Asperger/Tourette läs- och skrivsvårigheter, gestaltsproblem minnessvårigheter
Relationsproblem	mobbing upplevt våld (familjen, parrelationen, fritiden) ensamhet sällskapar/sällskapar inte
Avsaknad av gränser	har inte lärt sig att anstränga sig, arbeta ("ett lätt liv")
Studierna sporrar inte	osäker framtid, t.ex. arbetslöshet hemma
Bristande omsorg	alltför mycket ensam alltför tidigt, brist på vuxennärvaro och stöd

Källa: Studerandehälsovärden i Villmanstrand 2005

är genomtänkt karriärplanering. (Kokko ja Kolehmainen 2002.) Både den studerande och samhället vinner på att långt hunna studier slutförs. En annan sak är sedan om den studerande har en stark känsla av att ha valt fel utbildningsområde och tappar studiemotivationen. Då är det utan tvivel rätt lösning att börja studera något annat.

Att studierna drar ut på tiden kan bero på många saker, bland annat brist på motivation eller gränser, inlärningsssvårigheter, sjukdom eller bristande omsorg (Tabell 16). Studierna kan också avbrytas till exempel på grund av att den studerande börjar jobba, bildar familj eller på grund av någon annan händelse som rör livssituationen.

När det gäller att förebygga att studierna drar ut på tiden eller avbryts bör studerandehälsovården för sin del uppmärksamma faktorer som påverkar studieförmågan, såsom den studerandes egna resurser, hälsa och studiefärdigheter samt studiemiljön och skolgemenskapen. Samarbete med andra aktörer (läroanstalter, elev-, studerande- och studentkårer) samt tvärprofessionellt samarbete med andra yrkesgrupper är särskilt viktigt. Man kan gemensamt komma överens om spelreglerna i olika fall, till exempel vid outredd frånvaro och när studieprestationerna släpar efter.

Tidigt ingripande är ett viktigt arbetssätt inom studerandehälsovården för att man i tid skall upptäcka problem som leder till att studierna drar ut på tiden eller avbryts. Upprepad frånvaro kan bli ett problem särskilt på andra stadiet. Inom den högre utbildningen är studierna friare och närvaro är obligatorisk bara på vissa särskilt angivna kurser. Man borde ha en genomtänkt handlingsmodell för att ta tag i och utreda frånvaro och problem med studiernas framskridande. På nästa sida ges ett exempel på en sådan modell.

Ett projekt som genomfördes vid yrkesläroanstalten i Hervanta i Tammerfors 2000–2003 har gett positiva erfarenheter. Projektets syfte var att förebygga frånvaro genom att stödja de studerande. Som hjälpmedel för projektet utarbetade man en uppföljningsformulär där man sammanställde riskfaktorer som eventuellt påverkar studiernas framskridande, till exempel tidigare frånvaro, riklig alkoholkonsumtion och psykiska problem. På basis av formuläret försökte man på hälsovårdarens och läkarens mottagningar utreda problemen hos de studerande som befann sig i riskgruppen. Vid behov remitterades de studerande till fortsatt vård vid mentalvårdsbyrån eller till missbrukarvård. Erfarenheterna av projektet var positiva, men man måste beakta att hälsovårdarresurserna var fördubblade under projektet. Även uppföljningsformuläret visade sig vara ett fungerande verktyg.

Yrkeshögskolereformen och reformerna av yrkesutbildningen på andra stadiet har ökat behovet av stöd och handledning till ungdomarna. Det behövs effektivare handledning och studerandevård för att minska avbrytandet av studierna, göra övergångarna mellan olika skeden i studievägen smidigare och förebygga utslagning. Av alla unga arbetslösa arbetssökande saknar cirka 40 % yrkesutbildning, och av dem har största

Utredning av frånvaro eller problem med studiernas framskridande

All tillgänglig information behövs:

- Gamla skolhälsopapper, uppgifter om utredningsperioder från psykolog, barn- eller ungdomspsykiatrisk poliklinik, rådgivningsbyrå för uppfostringsfrågor eller familjerådgivning
- Intervju med föräldrarna (om under 18 år)
- Intervju med lärare eller grupphandledare
- Information om eventuella kuratorbesök, iup*, från speciallärare, studiehandledare
 - täckande förhandsinformation redan före det första mötet med den unga personen
 - från fall till fall övervägs om föräldrarna skall vara med från början eller tas med i ett senare skede

Försök reda ut följande om den studerandes situation:

- är valet av studiebanan önskat, vill personen bli färdig, trivs personen i skolan
- har personen kompisar, blir personen mobbad
- uppgifter från hälsoundersökningen
- finns det inlärningssvårigheter, misstanke om sådana, antydningar om Asperger, ADHD/ADD (frågor om symtom)
- utredning av familjeförhållanden (med vem bor personen, barndomsfamiljen: skilsmässa, förluster, sjukdomsfall, våld, missbruks- eller psykiska problem, nuläge)
- har personen upplevt våld (hemmet, parrelationen, fritiden)
- hur tillbringar personen sin fritid (vänner, fritidsintressen, jobb)
- alkoholkonsumtion, beroenden (internet, tv, spel)
- kartläggning av sinnesstämningen (BDI)
- brott, olyckor, förluster (sjukdomsfall, dödsfall, skilsmässor i den närmaste kretsen)
- sällskapande
- kontakter till socialväsendet / barnskyddet / arbetskraftsbyrån
- sjukhusvård och -undersökningar, långtidssjukdomar
- personens egen bedömning av orsaken

Undersökningen kan inledas av hälsovårdare, läkare, socialterapeut, psykolog eller psykiatrisk sjukskötare. Aktörer sätts in efter behov (studerandehälsovårdens samarbetsgrupp kan också användas som diskussionsplats).

Överväg om psykiatrisk undersökning behövs.

Fundera på stödmetoder från skolans, hemmets, studerandehälsovårdens sida.

Uppföljningsplan tillsammans med den studerande, föräldrarna, skolan och studerandehälsovården.

* Iup (på finska hojks) = individuell undervisningsplan. En sådan plan görs vanligen upp i grundskolan eller yrkesläroanstalten för specialstuderande och är något mer ingående än Isp (individuell studieplan, på finska hops).

Källa: Studerandehälsovården i Villmanstrand 2005

delen bara genomgått grundskola. Vid utvecklandet av handledningen är det därför viktigt att öka samarbetet mellan olika förvaltningsområden och att utveckla metoder för uppföljning av ungdomar, studerande och personer som fallit ur studiesystemet.

En arbetsgrupp vid undervisningsministeriet har föreslagit att social- och hälsovårdsväsendet gemensamt skulle ordna med en ålderskontroll för 17–18-åriga ungdomar som inte deltar i utbildning och som saknar examen på andra stadiet. I samband med kontrollen skulle man också ge råd och handledning om studier och jobbsökning.

Att universitetsstudierna drar ut på tiden och avbryts är också vanliga problem, som universiteten har börjat reagera på, till exempel genom systemet Etappi vid Helsingfors universitet. Bakomliggande orsaker är även i dessa fall brister i de studerandes egna resurser, studiefärdigheter, studiehandledningen och det sociala stödet (Kurri 2006). Friheten i universitetsstudierna kan förväntas i "att man akademiskt blir lämnad åt sitt öde". En studerande i universitetsmiljö som konstaterar att studierna är alltför krävande kan välja att börja studera något annat som är mindre krävande eller ta ett jobb. Den här friheten kan också vara negativ, när en studerande som kämpar med sitt slutarbete löser problemet genom att åstadkomma approbatur-helheter som knappast för det egentliga forskningsarbetet framåt. Om målet är att ta examen måste man ändå förr eller senare göra sitt slutarbete. I universitetsvärlden är det kanske alltför lätt att ensam och utan stöd undvika att ta itu med det verkliga problemet. Det är svårt att definiera när det är fråga om en begynnande störtdykning och när det är fråga om en timeout som den studerande behöver till exempel innan han eller hon börjar med sitt slutarbete. (Säntti 1999.)

Rekommenderad läsning:

Etappi, Helsingfors universitets uppföljnings- och stödsystem för avläggande av examen www.valt.helsinki.fi/opkeh/etappi.htm

Mannisenmäki E, Valtari M. 2005. Valmistumisen vallihaudalla. Opintojen kesto 2000-luvun hyvinvointivaltiossa. Helsinki.

Pajala S, Lempinen P. 2001. Pitkä tie maisteriksi. Selvitys 1985, 1988 ja 1991 yliopistoissa aloittaneiden opintojen kulusta. Helsinki: Opiskelijajärjestöjen tutkimussäätiö Otus 22.

10.3 Studerande med särskilda behov

Enligt vissa uppgifter har upp till tjugo procent av befolkningen inlärnings-svårigheter. Bakgrunden är ofta nedärvd, att hjärnan hanterar information på ett avvikande sätt. Personen lär sig på ett annat sätt och i en annan takt än andra. Med rätt information och stöd kan alla lära sig. Därför är det viktigt att inte bara personen själv utan även undervisningspersonalen och studieplanerarna är medvetna om inlärnings-svårigheterna hos en elev med särskilda behov.

Ofta funderar de studerande också själva på varför de har studiesvårigheter. Man kan preliminärt misstänka inlärningssvårigheter om problemen överensstämmer med listan nedan. För konstaterande av inlärningssvårigheter krävs det emellertid ingående tester som väljs enligt situationen. Likaså bör studiesvårigheter som har andra orsaker uteslutas.

Symtom på inlärningssvårigheter

Känner du igen något av följande?

- Du läser långsamt
- Du har svårt för främmande språk
- Du har svårt att producera text
- Du har svårt för matematik eller vissa delområden inom den
- Du blir lätt distraherad
- Du tycker inte om att läsa högt
- Du har många skrivfel
- Du har svårt att hålla raden på pappret
- Du har svårt att hålla skillnad på höger och vänster
- Du har svårt att koncentrera dig länge
- Du har svårt att gestalta saker
- Du har svårt att hålla tidtabeller
- Du tycker att det är extra svårt att lära dig saker utantill
- Du tappar bort saker hela tiden
- Du tycker även i övrigt att det är jobbigt att studera trots att du bemödar dig

Källa: Tekniska högskolan 2005.

10.3.1 Gruppering av inlärningssvårigheter

Läs- och skrivsvårigheter, matematikinlärningssvårigheter, perceptionssvårigheter och uppmärksamhetssvårigheter kallas särskilda inlärningssvårigheter. Ett gemensamt drag för dessa är att den studerandes prestationer står i konflikt med inlärningsförmågan, åldern eller begåvningen. Problemen är individuella, vilket kan göra det svårare att upptäcka dem.

Läs- och skrivsvårigheter är ett problem med att läsa och skriva som förekommer hos 10–15 procent av befolkningen, hos sex procent av de vuxna. Enligt undersökningar är de vanligare hos män och teknikstuderande. Andra inlärningsproblem förutom läs- och skrivsvårigheter är svårigheter att hitta grundtanken i en text, dålig handstil, svårt att lära sig främmande språk och dåligt arbetsminne.

Uppmärksamhetssvårigheter eller ADHD som det oftare kallas är ett problem med att vara närvarande i det som sker. ADHD tar sig uttryck i svårigheter att anstränga sig under en längre tid, hålla koncentrationen och planera sin aktivitet samt i minnesproblem och slarv. Man beräknar att omkring tre procent av de vuxna har uppmärksamhetssvårigheter, störningarna är tre gånger vanligare hos män än hos kvinnor.

Perceptionssvårigheter är visuospatiala problem som bland annat uppträder vid läsning, planering av aktivitet eller matematikstudier. De här inlärningssvårigheterna är ofta förknippade med både fin- och grovmotorisk klumpighet, som leder till att personen ogillar idrott och hela tiden tappar bort sina saker. Svårigheterna kommer också till synes i svårighet att anpassa sig till nya sociala situationer, eftersom personen har svårt att förstå sociala antydningar. I matematiken kan perceptionssvårigheter göra det svårare att förstå textuppgifter och måttenheter eller rymdgeometri. Omkring 3–7 procent av befolkningen har svårigheter med matematikinlärning. (Tekniska högskolan 2005; Oppimisvaikeuskeskus 2005.)

10.3.2 Utredning av inlärningssvårigheter

Det är befogat att höra med den studerandes föräldrar om inlärningssvårigheterna eventuellt har utretts tidigare, eftersom det inte är säkert att den studerande minns undersökningar som gjorts i unga år. Inlärningssvårigheter förvärras inte, och om svårigheter tidigare har konstaterats är det därför sannolikt att situationen har förblivit oförändrad eller lindrats. I det här fallet måste man noga överväga om det finns ett behov av nya utredningar för att man skall få mera information. Utvecklingen och behöriga stödinsatser från skolans sida (*specialundervisning*) kan göra att studieproblemen lättar. Den studerande kan också lära sig kompensera för svaga delområden med hjälp av sina starka sidor. (Kuusisto 2005.)

Om det rör sig om misstänkt hjärnskada som till exempel orsakats av lösningsmedel, alkohol eller trauma bör den studerande hänvisas till specialistvård och där till neuropsykologisk utredning och rehabiliteringsbedömning (Kuusisto 2005).

Syftet med utredningen av inlärningssvårigheter är att få mera information med vars hjälp man kan få den studerande att må bättre och till exempel klara sig bättre i skolan. Onödiga utredningar bör undvikas. Den studerandes, föräldrarnas eller lärarens intresse är inte i sig någon tillräcklig grund för en utredning, utan det måste finnas ett problem som man försöker lösa. Problem med skolgången eller ökad frånvaro är ofta en grund för utredning av inlärningssvårigheter. Man bör beakta att problem med skolgången kan bero på motivationsproblem, men också på inlärningssvårigheter. För att resultaten skall ge en så sanningsenlig bild som möjligt av individens kunnande är det nödvändigt att den studerande är samarbetsvillig. Depression eller utmattning är en möjlighet

som bör uteslutas före testningen, eftersom deprimerade personer har försämrad koncentrationsförmåga samt minnessvårigheter som kan snedvrida resultaten. Utredningar av inlärningssvårigheter kartlägger inte sinnesstämningen. (Kuusisto 2005.)

Vid utredningar av inlärningssvårigheter kartlägger man bland annat den studerandes allmänna begåvning i fråga om språkliga och operativa uppgifter, förmågan att tänka tredimensionellt samt aktivitetsstyrningen och det allmänna arbetssättet. Andra delområden i utredningen är det visuella, verbala och fördröjda minnet. Testuppsättningen bestäms från fall till fall, även om vissa test alltid är med. Testningen tar två gånger 1,5 timmar och åtföljs av ett skriftligt utlåtande. Man går tillsammans igenom utredningsresultaten på mottagningen, eventuellt med föräldrarna närvarande, samt i samråd med skolan och den övriga personalen inom studerandehälsovården. För att utredningen av inlärningssvårigheter skall gagna den studerande på bästa möjliga sätt är det väsentligt att den studerande får feedback och att man diskuterar fynden och planerar de praktiska åtgärderna. (Kuusisto 2005.) Det är viktigt att eleven ser de svaga och starka sidorna i sin egen inlärning och utifrån den här kunskapen börjar bygga broar över sina svagaste områden med hjälp av sina starka sidor (Hintikka 2004).

Utredningar av inlärningssvårigheter avslöjar oftast ingenting helt nytt, utan ger närmast klara orsaker till de praktiska problem som redan finns och ger dem ett namn. Utredningarna i sig hjälper inte den studerande, utan det viktigaste är vad som händer efter utredningen och hur kunskapen utnyttjas till exempel vid undervisningen och planeringen av den. (Kuusisto 2005.)

Rekommenderad läsning:

Hintikka A-M, toim. 2000. Erilaisesta oppijasta erinomaiseksi oppijaksi. Helsinki: Helsingin seudun erilaiset oppijat ry Hero.
Kromosomeista kaksoiskonsonantteihin: Lukibussin matkakirja. 2004. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

10.4 IT-utvecklingens inverkan på studerandehälsovården

10.4.1 Internet som källa till hälsokunskap

Att använda dator och internet är i dag en normal del av studiearbetet. Läroanstalterna ger grundläggande färdigheter och förutsätter att de studerande använder dator och internet bl.a. vid informationssökning. Läroanstalterna ställer datorer och dataförbindelser till de studerandes förfogande. Till exempel brukar lärarna ge information via nätet, och kursanmälningar sker också ofta elektroniskt. De studerande har ut-

märkta förutsättningar för att skaffa information om hälso- och sjukvård via datanäten.

Läroanstalterna borde i samarbete med studerandehälsovården se till att information om tillgängliga studerandehälsovårdstjänster jämte kontaktuppgifter och anvisningar är lätta att hitta på läroanstaltens webbplats. En kommun som ordnar studerandehälsovård borde också lägga ut aktuell information om studerandehälsovårdstjänsterna.

De studerande känner till hur man söker hälsoinformation och egenvårdsanvisningar på nätet. Däremot är informationen av varierande kvalitet. Det är inte värt att alla tjänsteleverantörer inom studerandehälsovården slösar resurser på att lägga ut egna anvisningar och handböcker på internet. Däremot borde man styra de studerande till de tillförlitliga informationskällor som redan finns. Exempel på sådana är SHVS:s webbplats samt webbplatserna för studerandehälsovården i Tammerfors och Villmanstrand, vilka alla riktar sig till studerande, samt den mångsidiga webbplatsen Terveysportti. Folkhälsoinstitutet håller också på att få en motsvarande webbplats, Kansalaisen terveystietoportti. Även bra informationskällor kan förändras och därför borde personalen inom studerandehälsovården följa med informationskällorna och -kanalerna på nätet för att kunna hålla länkarna på läroanstaltens webbplats aktuella. Vid bedömningen av informationens tillförlitlighet kan man till exempel använda kvalitetskriterierna eEurope 2002, som är avsedda för bedömning av webbplatser med hälsa som tema (Bilaga 22). Kriterierna är öppenhet och ärlighet, befogenheter, integritetsskydd och dataskydd, uppdatering av informationen, ansvarsskyldighet och tillgänglighet (Europeiska gemenskapernas kommission 2002.)

Bilaga 23 innehåller en förteckning över webbplatser om studier, hälsa och levnadsvanor samt livshantering vilka stödjer utvecklingen av studerandehälsovården.

10.4.2 Internet som kanal för informationsutbyte och kommunikation inom studerandehälsovårderna

Datasystemen utvecklas hela tiden, men system som möjliggör interaktion på ett sätt som överensstämmer med lagstiftningen är än så länge sällsynta. Därför kan användning av e-post inte rekommenderas ens när patienten är villig till det. Vid ordnandet av vård kan man i alla fall genom en gemensam överenskommelse mellan patienten och vårdpersonalen utnyttja e-post eller textmeddelanden via mobiltelefon för förmedling av "ofarlig information", om patienten har informerats om riskerna i samband med detta. Hälsovårdaren kan till exempel skicka meddelandet "resultaten klara och ok, kom in och se på dem" eller "jag fick en avbokad tid åt dig i morgon kl. 10.15, vi ses" osv.

Nättjänster möjliggör interaktiv verksamhet. Med deras hjälp kan de studerande ställa frågor till hälsovårdaren eller läkaren och även få svar anonymt. Det är fråga om förmedling av hälsokunskap som inte skapar en vårdrelation. Bland andra har SHVS webbspalten "Fråga läkaren eller hälsovårdaren" som fungerar enligt den här principen.

Personlig rådgivning och handledning, även per telefon, till vilken det hör ett ställningstagande om problemets natur hos personen i fråga eller rekommendationer om åtgärder, är en patientkontakt som bör antecknas i patientens journalhandlingar. Med patienthandlingar avses handlingar eller tekniska dokument som används, uppgörs eller inkommer i samband med vården av en patient och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga uppgifter. (Lag om patientens ställning och rättigheter, nedan patientlagen, 2 §) Personlig rådgivning förutsätter att man försäkrar sig om datasekretessen vid kontakten.

Informationssystemen kommer småningom att utvecklas så att den studerande själv kan boka tid hos hälsovårdaren via internet och till och med läsa sin egen patientinformation genom elektronisk identifiering. De studerande är den grupp som snabbast kan tillägna sig de nya informationssystemen som rör hälsa när dessa väl utvecklas. För att användningen av informationssystemen skall möjliggöra en smidig kommunikation utan kränkning av integritetsskyddet måste man vara särskilt noga med datasekretessen. Journalhandlingarna bildar ett sådant personregister som avses i personuppgiftslagen (523/1999), det vill säga ett patientregister. Personuppgiftslagen tillämpas också på överföring av personuppgifter via nättjänster. Enligt lagen skall alla nättjänster genom vilka personuppgifter samlas in ha ett meddelande om integritetsskydd som information till den som lämnar uppgifter. Med hjälp av informationsskyldigheten försöker man förbättra möjligheterna för klienter inom studerandehälsovården att använda sina rättigheter och öka användarnas förtroende för tjänsterna på nätet.

Dataombudsmannens byrås publikation Bra att veta 3/2004 (www.tietosuoja.fi/27983.htm) innehåller anvisningar om hur man skall informera om användningen av personuppgifter vid planeringen och förverkligandet av nättjänster.

10.4.3 Elektroniska patientjournaler

Bland annat enligt lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994) skall en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården föra och förvara journalhandlingar i enlighet med bestämmelserna om sekretess. I journalhandlingarna skall personen anteckna sådana uppgifter i journalhandlingar som behövs för att ordna, planera, tillhandahålla och följa upp vården och behandlingen av en patient (Patientlagen 12 §).

De manuelle journalerna håller småningom på att ersättas av elektroniska patientjournaler. Enligt det nationella hälsoprojektet är målet att de patientdata som är väsentligast med tanke på genomförandet och uppföljningen av vården före utgången av 2007 skall registreras elektroniskt med en enhetlig struktur och att data med patientens samtycke skall kunna användas av olika registeransvariga. Det här förutsätter bland annat att den terminologi som används förenhetligas och att lagstiftningen ses över. När den här handboken skrivs pågår utvecklings- och beredningsarbetet inom projektet.

Hälsovårdens datakommunikationsförbindelser bör ge hälsovårdare som jobbar vid läroanstaltens serviceenhet åtkomst till hälsovårdscentralens datanät. Med hjälp av sådana förbindelser kan man snabbt granska exempelvis laboratorieresultat och utnyttja hälsovårdscentralens elektroniska patientjournalssystem. Om hälsovårdaren och läkaren jobbar på olika verksamhetsställen kan de konsultera varandra elektroniskt vid utredningen av patientens problem.

Uppgifterna i journalhandlingarna är sekretessbelagda. Därför måste man i detalj specificera vem som har rätt att använda patientuppgifterna och man måste också kunna övervaka användningen. Skydd av personuppgifter behandlas närmare i kapitel 11.

Rekommenderad läsning:

- Ensio A. ja Saranto K. 2004. Hoitotyön elektroninen kirjaaminen. Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien toteuttamista ohjaavan työryhmän loppuraportti. Työryhmämuistioita 2004:18.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003. Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien valtakunnallinen määrittely ja toimeenpano. Työryhmämuistioita 2003:38.
- Valtion säädöstietopankki www.finlex.fi
- Sosiaali- ja terveysalan tietoteknologiasivusto. www.oskenet.fi. Ylläpitäjä on Stakesin tietoteknologian osaamiskeskus. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietoteknologiaa ja sen sovelluksia käsittelevää tiedotusta.
- Kansalliseen terveyshankkeeseen ja sähköiseen potilasasiakirjahankkeeseen liittyvää materiaalia. www.terveyshanke.fi
- Tietosuoja-valtuutetun toimiston tietosuojaan liittyvää materiaalia, malleja ja ohjeita. www.tietosuoja.fi
- Lappeenrannan opiskelijaterveydenhuollon [www.sivut www.corrie.fi/opiskelijaterveydenhuolto](http://www.sivut.www.corrie.fi/opiskelijaterveydenhuolto)
- Tampereen opiskelijaterveydenhuollon [www.sivut www.tampere.fi/sote/opiskelija/index](http://www.sivut.www.tampere.fi/sote/opiskelija/index)
- Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön [www.sivut. www.yths.fi](http://www.sivut.www.yths.fi)

11 Klientens ställning inom studerandehälsovården, dataskydd och journalhandlingar

11.1 Klientens ställning och rättigheter inom studerandehälsovården

Inom studerandehälsovården tryggas klientens ställning av samma författningar som tryggar klienternas ställning inom hälso- och sjukvården i övrigt. Patientlagens syfte är att förverkliga patientens rätt till en god hälso- och sjukvård med respekt för patientens människovärde och utan kränkande av patientens integritet. Grunden för en tillitsfull vårdrelation är att personalen inom studerandehälsovården känner till patientens rättigheter och respekterar dem. Likaså är patientens medvetenhet om sina rättigheter, i det här fallet integritetsskyddet och självbestämmanderätten, och förverkligandet av dem utgångspunkten för uppkomsten av en bra vårdrelation. Integritetsskyddet garanteras genom att man ser till att personuppgifterna är skyddade.

Enligt lagen har patienten rätt att få uppgifter om sitt hälsotillstånd och sin vård samt rätt att delta i beslutsfattandet som rör vården. Lagen garanterar också patienten rätt att besluta om utlämnande av uppgifter om honom till utomstående. Även en minderårig patient har samma rätt, om han med beaktande av ålder eller utveckling kan fatta beslut om vården. Han kan till exempel förbjuda att uppgifter om honom ges till hans vårdnadshavare. (Patientlagen 9 § 2 mom.) I vissa situationer kan detta stå i konflikt med vad hälsovårdspersonalen bedömer vara patientens bästa. I sådana situationer samt i situationer där en minderårig patient inom studerandehälsovården vägrar ta emot vård som är nödvändig för patientens hälsotillstånd kan det bli aktuellt att ta ställning till om det är fråga om en situation enligt 40 § i barnskyddslagen. Enligt paragrafen skall den som är anställd eller innehar ett förtroendeuppdrag inom hälsovården utan dröjsmål anmäla till socialnämnden om ett barn är i behov av barnskydd.

Patientdata inom studerandehälsovården omfattas av skyldigheten i personuppgiftslagen (24 §) om att den registrerade skall informeras om hur uppgifterna om honom behandlas. Till detta hör att informera patienten (till exempel med en särskild informationsblankett som utarbetats för ändamålet på basis av registerbeskrivningen) om vem som för registret, för vilket ändamål uppgifterna samlas in, för vad och under vilka förutsättningar uppgifter kan lämnas ut samt om den studerandes eller

vårdnadshavarens rätt att kontrollera uppgifterna om den studerande. På dataombudsmannens byrås webbplats (www.tietosuoja.fi/7259.htm) finns en modell (3/2000) för information till patienter inom den offentliga hälso- och sjukvården.

Patienten har rätt att kontrollera vilka uppgifter om honom som har införts i journalhandlingarna. Enligt personuppgiftslagen kan rätten att kontrollera uppgifterna vägras bara om informationen kan medföra allvarlig fara för den registrerades hälsa eller vård eller för någon annans rättigheter. När det gäller minderåriga kan personens vårdnadshavare eller någon annan laglig företrädare för personen använda rätten att kontrollera uppgifterna. Om en minderårig som är kapabel att besluta om sin vård förbjuder att uppgifter lämnas ut till vårdnadshavaren eller någon annan laglig företrädare, har denna inte rätt att kontrollera journalhandlingarna.

Den registeransvarige skall på yrkande av patienten rätta, utplåna eller komplettera en personuppgift som ingår i patientregistret och som med hänsyn till ändamålet med patientregistret är oriktig, onödig, bristfällig eller föråldrad. Rättelsen i journalhandlingarna skall göras så att både den ursprungliga och den rättade anteckningen kan läsas senare. I fråga om den gjorda rättelsen skall namn och tjänsteställning samt datum för rättelsen och grunden för rättelsen antecknas i journalhandlingarna. (Social- och hälsovårdsministeriets förordning om upprättande av journalhandlingar samt om förvaring av dem och annat material som hänför sig till vård, nedan förordningen om journalhandlingar, 20 §.)

Vid varje verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård skall en patientombudsman utses. Patientombudsmannen kan även vara gemensam för två eller flera verksamhetsenheter. (Patientlagen 11 §). Yrkespersonerna inom studerandehälsovården skall vid behov hänvisa patienten till patientombudsmannen för råd och hjälp i situationer där patienten upplever att hans rättigheter inom studerandehälsovården kränkts. Det är bra att sätta upp patientombudsmannens namn och kontaktuppgifter till exempel på anslagstavlan på studerandehälsovårdsmottagningen och även ta med uppgifterna i annat material som studerandehälsovården distribuerar.

11.2 Handlingar inom studerandehälsovården

Studerandehälsovårdsjournalen är en del av hälsovårdscentralens journalsystem.

När en person fortsätter studera i samma kommun efter grundskolan, kan uppgifterna om tillväxt, utveckling och hälsokontroll överföras till studerandehälsovården. Om en person börjar studera på annan ort kan journalhandlingarna också överföras dit till den del det är ändamålsenligt med tanke på uppgifter om personens tillväxt, utveckling och hälsokon-

troll. Det här gäller till exempel handlingar om tandvård, hälsokontroll samt hörsel och syn.

Journalens uppgift är att säkra att studerandehälsovården är individuell och kontinuerlig, vilket accentueras när en studerande byter läroanstalt eller en anställd byts ut. Ändamålsenliga anteckningar skapar klarhet i och förstärker rättsskyddet både för den studerande och för personalen inom studerandehälsovården. Handlingarna gör att informationen om vården fungerar och hjälper till att bygga upp ett förtroendefullt samarbete. Ett annat syfte med registreringen av uppgifter är att möjliggöra mätning av vårdens och tjänsternas effektivitet. Det här förutsätter att den terminologi och klassificering som behövs vid registreringen utvecklas så att man kan dokumentera dels den studerandes behov och de metoder och tillvägagångssätt som har använts för att svara på behoven, dels de resultat som har uppnåtts.

Dokumentationen baserar sig på personuppgiftslagen (523/1999), lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992) samt social- och hälsovårdsministeriets författningar. Konfidentialitet och öppenhet är centrala principer för registreringen. Huvudregeln kan anses vara att diskutera med den studerande vad man inför i journalen om honom eller henne vid respektive tillfälle. Det rekommenderas att noteringarna baserar sig på iakttagelser och angivande av informationskälla. Detta är ändamålsenligt med tanke på den studerandes och vid behov den anställdas rättsskydd. Enligt personuppgiftslagen skall de studerande aktivt informeras om behandlingen av personuppgifter och klientens rättigheter, bland annat rätten att ta del av sina egna handlingar.

Som en del av det nationella hälsoprojektet utvecklas ett enhetligt elektroniskt patientjournalssystem för hela landet. Uppbyggnaden av och innehållet i journalhandlingarna inom studerandehälsovården kommer att utvecklas som ett led i detta arbete. Skolhälsovårdens blanketter inom det manuella journalsystemet förnyades 2002. Blanketterna finns med som bilaga bl.a. i handboken Skolhälsovården (Stakes 2002). Inom studerandehälsovården kan man i tillämpliga delar använda de förnyade blanketterna samt andra journaldelar, till exempel hälsovårdsblanketten för vuxen ålder (TH 3) samt uppföljningsblanketter för hörsel, syn och vaccinationer. Inom yrkesutbildningen kan också företagshälsovårdens blanketter vara till hjälp vid registreringen av uppgifter. Målet är att registreringen skall vara uttömmande med tanke på övervakningen av den studerandes hälsa och vårdkontinuiteten.

Rekommenderad läsning:

Upprättande av journalhandlingar och förvaring av dem och annat material som hänför sig till vård. 2001. En guide för personalen inom hälso- och sjukvården. Social- och hälsovårdsministeriets handböcker 2001:3. Helsingfors.

Social- och hälsovårdsministeriets förordning om upprättande av journalhandlingar samt om förvaring av dem och annat material som hänför sig till vård. 99/2001. Helsingfors.

11.3 Dataskyddet vid uppgörandet av journalhandlingar, behandlingen och förvaringen av uppgifter

Till dataskyddet hör skydd för människornas privatliv och andra rättigheter som tryggar detta vid behandling av personuppgifter. Med datasäkerhet avses de administrativa och tekniska åtgärder varmed säkerställs att uppgifter är konfidentiella och integrerade, att system är användbara samt att den registrerades rättigheter förverkligas. (Dataombudsmannens byrå, www.tietosuoja.fi) Målet är att de patientuppgifter som behövs för vården skall vara tillgängliga och användbara och att vårdkontinuiteten skall säkras utan kränkning av dataskyddet. Med tanke på dataskyddet är det centralt att patientuppgifterna samlas in och behandlas på behörigt sätt och att vården baserar sig på felfria uppgifter som är väsentliga med tanke på vården (Personuppgiftslagen). Till dataskyddet hör också att uppgifterna om patienten förvaras och utlämnas på behörigt sätt (Förordningen om journalhandlingar).

För att säkra skyddet av personuppgifterna för en klient inom studerandehälsovården skall den ansvariga hälsovårdsdirektören för studerandehälsovårdens verksamhetsenhet i egenskap av företrädare för den registeransvariga ge skriftliga anvisningar till personalen om behandlingen av patientuppgifter och tillvägagångssätten, för att försäkra sig om att personalen agerar på behörigt sätt. Det rekommenderas också att det vid studerandehälsovårdsenheten finns en ansvarsperson som är direkt underställd ledningen och koordinerar dataskyddet. Denna person deltar också i utarbetandet av anvisningar (Dataombudsmannen 2000) På dataombudsmannens webbplats finns modellen Malli terveydenhuollon toimintayksikön tietosuojaohjeiden rungoksi (2/2000).

De viktigaste bestämmelserna om skyddet av personuppgifterna för en klient inom studerandehälsovården finns i följande författningar:

- Bestämmelsen om skydd för privatlivet i Finlands grundlag (2 kap. 10 §)
- Lag om patientens ställning och rättigheter (785/1992)
- Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994)
- Arkivlag (831/1994)
- Personuppgiftslag (523/1999)
- Lag om offentlighet i myndigheternas verksamhet (621/1999)
- Lag om dataskydd vid elektronisk kommunikation (516/2004)
- Social- och hälsovårdsministeriets förordning om upprättande av journalhandlingar samt om förvaring av dem och annat material som hänför sig till vård (99/2001).

Närmast på grund av införandet av elektroniska patientjournaler har social- och hälsovårdsministeriet börjat se över förordningen om journal-

handlingar och förvaring av dem, ett arbete som fortfarande pågår när denna handbok skrivs.

De personer som deltar i vården och uppgifter i samband därmed kan få och använda uppgifter om en klient inom studerandehälsovården i den omfattning som personernas arbetsuppgifter och ansvar förutsätter. Till exempel har andra yrkespersoner vid hälsovårdscentralen än de som hör till studerandehälsovårdens personal därmed rätt att ta del av och använda uppgifter om den studerande bara när de själva deltar i vården av patienten eller i uppgifter i samband därmed. Vid behandlingen av uppgifterna och kontakterna med patienten följs arbetssätt som garanterar bevarandet av sekretessen.

Inom studerandehälsovården antecknas sådana uppgifter i journalhandlingarna som behövs för att ordna, planera, tillhandahålla och följa upp vården och behandlingen av en patient (Patientlagen 12 §). Att anteckningarna är tillräckligt uttömmande och ändamålsenliga är viktigt för ett tryggt förverkligande av vården, men även för patientens och personalens rättskydd. I social- och hälsovårdsministeriets förordning 99/2001 föreskrivs närmare om vilka basuppgifter som skall antecknas i journalhandlingarna och vilka uppgifter som behövs.

Journalhandlingarna sparas i journalarkiven hos de hälsovårdscentraler som ordnar studerandehälsovård och hos Studenternas hälsovårdsstiftelse. Journalhandlingarna skall förvaras den tid som bestäms i förordningen, vilket varierar beroende på vilken typ av handling det är fråga om. Förvaringstiden för en patients egentliga hälso- och sjukvårdshistoria är lång (10 år efter patientens död eller, om kännedom därom saknas, 100 år efter patientens födelse och 10 år efter avslutad vård), och därför är det befogat att använda hälsovårdscentralens eget arkivsystem eller arkivsystemet hos någon annan instans som ansvarar för ordnandet av vård. Skyddet av personuppgifter skall även beaktas vid förstöringen av uppgifter, så att inga personuppgifter röjs för utomstående.

11.4 Enkäter och undersökningar som utförs inom studerandehälsovården

Vid enkäter som utförs inom studerandehälsovården bör man alltid informera om att det är frivilligt att svara och att behandlingen eller vården av den studerande inte påverkas av om den studerande svarar eller inte. I enkäterna skall det alltid finnas uppgift åtminstone om vem som utför enkäten samt för vilket ändamål enkäten och de uppgifter som samlas in genom den kommer att användas. Om uppgifter samlas in i en form som möjliggör identifiering av personen skall enkäten alltid åtföljas av information om i vems register uppgifterna sparas och för hur lång tid, om uppgifter också inhämtas för samma ändamål från annat håll och på

vilka grunder, om uppgifterna är sekretessbelagda och om uppgifterna kan lämnas ut till utomstående och i så fall på vilka grunder.

För svarspersonen är det väsentligt att bland annat få veta om enkäten har samband med förverkligandet av studerandehälsovården eller om det till exempel är fråga om ett helt separat utredningsarbete eller ett vetenskapligt forskningsprojekt. Information bör också ges om den studerandes/vårdnadshavarens rätt att kontrollera uppgifterna om den studerande och kräva korrigerings av felaktiga uppgifter.

Precis som vid all behandling av personuppgifter måste man även vid genomförandet av enkäter försäkra sig om att sekretessbelagda uppgifter behandlas konfidentiellt och se till att svarspersonens integritet inte ogrundat äventyras.

11.5 Utlämnande av uppgifter inom studerandehälsovården

Uppgifterna i handlingar som uppstår inom studerandehälsovården är sekretessbelagda enligt patientlagen (13 §). Med stöd av lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet (23 §) och lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (17 §) får personalen inom studerandehälsovården inte heller röja uppgifter om en patient vilka vore sekretessbelagda om de ingick i en handling (till exempel uppgifter om hälsotillståndet, vården eller familjelivet). För att understryka kraven på dataskydd och sekretess är det befogat att be personalen underteckna ett separat sekretess- och användaravtal. Dataombudsmannens byrås modell för sekretess- och användarförbindelse medföljer som bilaga (Bilaga 3).

Inom studerandehälsovården får enligt huvudregeln patientuppgifter lämnas ut från en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården bara om lagen tillåter det eller om patienten ger sitt samtycke. Om patienten saknar förutsättningar att bedöma betydelsen av ett sådant samtycke, får uppgifterna lämnas med skriftligt samtycke av patientens lagliga företrädare. (Patientlagen 13 §.) Detta gäller till exempel när studerandehälsovården lämnar uppgifter till det sjukhus där patienten vårdas eller i samband med flyttning när hälsovårdscentralen/studerandehälsovården i den nya hemkommunen inhämtar uppgifter från hälsovårdscentralen i den studerandes tidigare hemkommun.

Samtycket borde specificeras så att det framgår till vem uppgifter får lämnas ut, vilka uppgifter utlämnandet gäller och för vilket ändamål uppgifter får lämnas ut. När man ber om samtycke måste man också informera om att det är frivilligt att ge sitt samtycke. Utgångspunkten vid utlämnandet av uppgifter från studerandehälsovården är att om en minderårig/skolelev anses vara förmögen att besluta om sin vård, kan han eller hon också besluta om utlämnande av uppgifter om vården. I annat

fall fattas beslutet av personens vårdnadshavare eller någon annan laglig företrädare. I samband med vården är det på sin plats att ta reda på vad patienten anser om att uppgifter lämnas till vårdnadshavaren, detta för att slippa eventuell ovisshet senare.

Skriftligt samtycke behövs inte alltid vid utlämnandet av uppgifter, utan det räcker med patientens eller hans lagliga företrädares muntliga samtycke eller med så kallat samtycke som framgår av sammanhanget i det fall att det är nödvändigt att lämna uppgifter till en annan verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården eller till en yrkesperson inom hälso- och sjukvården för att ordna med undersökning eller vård av patienten till exempel vid fortsatt vård. Också när det gäller att ge vårdrespons till den läkare/verksamhetsenhet som remitterat patienten till vård eller till patientens egen läkare räcker det med muntligt samtycke eller sådant samtycke som framgår av sammanhanget.

När uppgifter lämnats ut görs en anteckning i patientregistret av vilken det framgår till vem uppgifterna har lämnats, när och av vem. Den registeransvariga skall kunna visa att patienten gett sitt samtycke, och därför är det befogat att också anteckna muntligt samtycke i journalhandlingarna.

Mer information om dataskydd och behandling av personuppgifter på basis av samtycke finns i dataombudsmannens byrås handböcker och på webbplatsen www.tietosuoja.fi.

Specialfall där patientuppgifter utlämnas utan att samtycke krävs

Patientuppgifter kan lämnas ut utan patientens eller hans lagliga företrädares samtycke, om det uttryckligen föreskrivits i lag om lämnande av uppgifter eller rätt att få uppgifter. Nedan några exempel på sådana specialbestämmelser:

- 1)** Enligt 32 § i gymnasielagen (629/1998) får ledamöterna i de organ som svarar för anordnandet av utbildning, de som hör till gymnasiets undervisningspersonal samt de personer som svarar för skolhälsovården och den övriga elevvården ge varandra samt de myndigheter som svarar för utbildningen sådana uppgifter som är nödvändiga för att studierna skall kunna ordnas på ett ändamålsenligt sätt.
- 2)** Enligt 42 § i lagen om yrkesutbildning (630/1998) får läroanstaltens personal samt de personer som svarar för skolhälsovården och den övriga elevvården ge varandra samt myndigheter som svarar för utbildningen sådana uppgifter som är nödvändiga för att studierna skall kunna ordnas på ett ändamålsenligt sätt.
- 3)** Enligt 20 § i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården har socialvårdsmyndigheterna rätt att under vissa

förutsättningar få uppgifter utan hinder av sekretessbestämmelserna.

- 4) Enligt 40 § i barnskyddslagen är bland annat den som är anställd inom social- och hälsovården skyldig att anmäla till socialnämnden om barn som är i uppenbart behov av familje- eller individinriktat barnskydd.

Bestämmelser som ger rätt att få uppgifter finns också i vissa andra lagar. Hälsovårdscentralens ledning skall ge närmare anvisningar om tillvägagångssätten vid utlämnande av uppgifter ur journalhandlingarna – inklusive utlämnande av uppgifter från skolhälsovården – och om vem som är ansvarig för utlämnandet.

Rekommenderad läsning:

www.finlex.fi. Statens författningsdatabank.

www.stakes.fi/oske/tietosuoja/. Om integritetsskydd, sekretess och datasäkerhet.

www.tietosuoja.fi. Dataombudsmannens byrås material, modeller och anvisningar om dataskydd.

www.tietosuoja.fi/. Dataombudsmannens modell nr 1/2005 Näin varmistat työterveyshuollon rekisterinpidon ja sitä ylläpitävän tietojärjestelmän lainmukaisuuden. Modellen kan i tillämpliga delar även användas som grund för analys, beskrivning och planering av personregister inom studerandehälsovården.

12 *Ledning, uppföljning och utveckling av studerandehälsovården*

12.1 Ledning

Ansvar för ordnandet av studerandehälsovård vilar på kommunen, i praktiken kommunens eller samkommunens hälsovårdscentral. En framgångsrikt ordnad studerandehälsovård behöver stöd av en skicklig ledning, varmed avses att styra utvecklingen av och verksamhetsförutsättningarna för studerandehälsovården. Hälsovårdscentralens ledning ansvarar för att utse personer som ansvarar för hälsovårdscentralens administrativa och operativa studerandehälsovård.

Studerandehälsovården bör vara planlagd verksamhet som utvecklas och utvärderas. Rapportering bör regelbundet ske till de kommunala förtroendeorgan som ansvarar för folkhälsoarbetet och vid behov skall verksamheten läggas fram som ett beslutsärende. De personer vid hälsovårdscentralen som ansvarar för studerandehälsovården sköter tillsammans med hälsovårdscentralens ledning och förtroendevalda om att studerandehälsovården utvecklas, verksamheten löper och verksamhetsförutsättningarna tryggas. Ledningen för en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården ansvarar för att integritetsskyddet bevaras för klienter inom studerandehälsovården vid registerföringen och behandlingen av patientuppgifter. Ledningen skall också se till att personalen får handledning, utbildning och stöd, och bland annat ordna med arbetshandledning.

Vid utvecklandet av organisationen måste man ägna uppmärksamhet åt att både organisationen och individerna inom organisationen utvecklas. Bra hjälpmedel vid ledningen är en välfärdsstrategi och -berättelse, praxis för ledningen av hälsofrämjandet och datasystem samt bedömning av hälsoeffekter (Perttilä 2006). Utvecklingssamtal är ett bra verktyg som kan rekommenderas vid ledningen. Vid dessa samtal på tu man hand mellan chefen och medarbetaren är det bra att exempelvis reda ut vilka utbildningsbehov medarbetaren har och i samband med vilka uppgiftsområden samt hur förenliga dessa behov är med målen för och utvecklingen av studerandehälsovården inom arbetsgemenskapen.

Med tanke på utvecklingen av studerandehälsovården är det nödvändigt att verksamhetsplaner och verksamhetsberättelser för enheterna görs upp och framläggs för beslutsfattarna. För att beslutsfattarna skall få användbar information om studerandehälsovårdens situation är det

nödvändigt att använda statistik som är så åskådlig och jämförbar som möjligt. Systematisk och ändamålsenlig datainsamling och statistikföring är av central betydelse vid utvecklingen av verksamheten. Den information statistiken ger har betydelse vid resurstilldelningen och den närmare inriktningen av resurserna.

Ett hjälpmedel vid ledningen av studerandehälsovården är läroanstaltens välfärdsprogram, som företrädare för studerandehälsovården är med om att bereda och följa upp i studerandevårdsgruppen. Programmet gör det lättare att koncentrera sig på de förändringsbehov som för tillfället är viktigast parallellt med de grundläggande uppgifterna.

Ledarna ansvarar också för att utveckla studerandehälsovården så att den blir kunskapsbaserad och för att följa med kostnaderna.

12.2 Kvalitetsuppföljning

Det är nödvändigt att som en del av hälsovårdscentralens kvalitetsledning utveckla ett kvalitetsuppföljnings- och utvärderingssystem som ger mångsidig feedback på studerandehälsovården. Det här förutsätter att man tillägnar sig principerna för kvalitetsarbete och kvalitetsledning och förankrar dem i arbetsgemenskapen. Studerandehälsovårdens kvalitet är en helhet som baserar sig på organisationens, tjänstens och en viss process förmåga att uppfylla de krav och förväntningar som ställs på den. Kvalitetsarbetet är till nytta för såväl de studerande, personalen inom studerandehälsovården, ledningen som beslutsfattarna. Information om kvaliteten är också viktig med tanke på styrningen och resurstilldelningen på nationell nivå.

Ur arbetsgemenskapens synvinkel kan kvalitetsledning på arbetsplatsen betyda följande (esim. Rousu & Holma 1999):

- var och en känner till den egna organisationens och arbetsenhetens uppgift och syfte
- man vet vilken den egna kundkretsen är och känner deras förväntningar och behov
- inom organisationen försäkrar man sig om dataskyddet och har gjort upp skriftliga anvisningar om det som personalen har förbundit sig att följa och som fortlöpande utvärderas
- man har kommit överens om målen och handlingslinjerna även med tanke på arbetets och tjänsternas kvalitet
- man har skapat förutsättningar för att nå de överenskomna målen (t.ex. tillräcklig kompetens, tillräckligt stor personal i förhållande till servicebehovet)
- man har gjort arbetet synligt för sig själv och andra, så att man kan analysera och bedöma om man gör rätt saker och om det finns något som borde utvecklas ytterligare

- man har utifrån servicebehovet definierat vilka tjänster som tillhandahålls och närmare specificerat vad som ingår i dessa tjänster
- utifrån statistik, respons och annan utvärdering följer och utvärderar man fortlöpande uppnåendet av de överenskomna målen och den överenskomna kvalitetsnivån
- man är beredd att justera och lägga om verksamheten utifrån utvärderingsinformationen.

För att de överenskomna tillvägagångssätten skall bli en del av det dagliga arbetet är det viktigt att man formulerar dem på ett sätt som gör dem lättanvända. Personalen behöver lättillgänglig – till exempel via internet – och aktuell verksamhets- och annan information som följer de överenskomna handlingslinjerna.

För kvalitetsbedömning och kvalitetsledning har en rad metoder och system tagits fram. I allmänhet har det konstaterats att det är till fördel om systemet i tillräckligt hög grad fungerar 'nedifrån och upp' och inte bara 'uppifrån och ned'. Kvalitetssystemet kan inrikta sig på enskilda personer eller på hela arbetsgemenskapen. Systemen för kollegial bedömning (s.k. peer review) kan vara interna inom arbetsenheten eller jämföra med bästa praxis inom studerandehälsovården (s.k. benchmarking).

För att ge tillförlitlig information borde systemet granska kvaliteten ur tillräckligt många synvinklar och från många plan. För en studerandehälsovårdsenhet är det nödvändigt att utveckla ett kundresponssystem för just denna enhet. Med hjälp av kundresponssystemet kan man göra regionala jämförelser som baserar sig på klienternas förväntningar och erfarenheter och utveckla verksamheten i enlighet med de överenskomna linjerna. De uppsatta målen utgör grunden för kvalitetsledningen. Det är också viktigt att sätta upp mätbara siffror som mål, följa med utfallet och ta fram fungerande mekanismer för att åtgärda s.k. kvalitetsavvikelser, det vill säga konstaterade missförhållanden.

Rekommenderad läsning:

Nuorisosiain neuvottelukunta. 2002. Nuorisobarometri 2002. Finns på: www.minedu.fi/nuora/julkaisut/barometri2002.pdf

12.3 Mot en kunskapsbaserad studerandehälsovård

Såväl inom studerandehälsovården som inom den övriga hälsovården är målet att förbättra verksamhetens effektivitet. Det här förutsätter att man inom studerandehälsovården använder verksamhetssätt och metoder som baserar sig på den bästa aktuella kunskapen. Den bästa kunskapen härstammar från flera högklassiga undersökningar där metoderna och deras effektivitet har bedömts. Om sådan saknas används också uppfölj-

nings- och utvärderingskunskap samt enhälliga ställningstaganden från expertis. I den praktiska verksamheten och beslutsfattandet utnyttjar personalen inom studerandehälsovården sin egen sakkunskap och beaktar inte bara kunskapen utan också den studerandes behov och livssituation samt verksamhetsenhetens resurser.

För att man skall få fram effektiva metoder och verksamhetssätt krävs det att forskningsrönen sammanställs, utvärderas och sammanfattas samt sprids till alla som behöver dem. Det behövs också systematisk metodutvärdering, vilket görs av Finska enheten för utvärdering av metodik Finohta, som verkar vid Stakes. Dessa är uppgifter som sköts på nationell nivå. Exempel på sammanfattad kunskap är systematiserade översikter och vårdrekommendationer som utfärdas på basis av dem. Sammanfattad kunskap finns också i branschpublikationer i form av referat eller påståenden. Finska läkarsällskapet Duodecim har utarbetat riktlinjer för god medicinsk praxis (Käypä hoito), av vilka en del är väl lämpade för studerandehälsovården – exempelvis rekommendationerna om fetma, ätstörningar, högt blodtryck, akut-p-piller, rikliga menstruationsblödningar och rökavvänjning. Finlands sjuksköterskeförbund utarbetar rekommendationer för vårdarbetet i projektet Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin. Användbar information finns också på hälsoportalen Terveysportti.

På lokalplanet måste man se till att man har skapat tillräckliga förutsättningar för kunskapsbaserad verksamhet, bland annat införskaffat utrustning och sett till att det finns tillräcklig kompetens. Det är också viktigt att komma överens om hur man skall följa med ny kunskap systematiskt, till exempel Finohtas webbplats, Cochrane-biblioteket samt riktlinjerna för god medicinsk praxis och rekommendationerna för vårdarbetet. Man måste skapa ett system för att följa med och utnyttja den nya kunskapen och komma överens om ansvar och arbetsfördelning. Det är också befogat att kontrollera vad de nuvarande metoderna och verksamhetssätten baserar sig på: finns det bevis eller har metoderna gått i arv från generation till generation utan att man vet något exakt om deras effektivitet. Det är motiverande för personalen att kunna förklara bakgrunden till sin verksamhet och nå goda resultat. Ur de studerandes synvinkel ökar den kunskapsbaserade verksamheten förtroendet för studerandehälsovårdens sakkunskap och hjälper dem att främja sin egen hälsa med hjälp av metoder som ger resultat.

Rekommenderad läsning:

Hälsa och välbefinnande genom kunskapsbaserat vårdarbete. 2003. Det nationella mål- och verksamhetsprogrammet 2004–2007. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2003:18.

Riktlinjer för god medicinsk praxis. Finns på www.kaypahoito.fi

12.4 Fortbildning, arbetshandledning och introduktionsutbildning för nyanställda

Yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården har lagstadgad skyldighet att upprätthålla sin yrkeskunskap enligt 1994 års lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Förändringarna i folkhälsolagen (992/2003) och lagen om specialiserad sjukvård (993/2003) som trädde i kraft 2004 preciserade fortbildningsskyldigheterna för arbetstagare och arbetsgivare inom hälso- och sjukvården. I social- och hälsovårdsministeriets förordning (1194/2003) föreskrivs närmare om den kompletterande utbildningens innehåll, kvalitet, kvantitet samt anordnandet, uppföljningen och utvärderingen av den. Dessa författningar kompletteras av den riksomfattande rekommendationen om fortbildning inom hälso- och sjukvården (Social- och hälsovårdsministeriet 2004b). Syftet med denna rekommendation är att styra utvecklandet av en meto- disk och långsiktig fortbildning vid hälsovårdscentralerna och sjukhusen. Uppföljning och utvärdering hör till en bra fortbildning.

Personalen inom studerandehälsovården bör årligen delta i fortbildning i enlighet med utvecklingsbehoven i fråga om verksamheten och personens individuella utbildningsbehov. Utbildningens innehåll skall stödja kompetensutvecklingen inom studerandehälsovården. Kommunala arbetsmarknadsverket följer med deltagandet i fortbildning yrkesgrupp- svis (se www.kuntatyonantajat.fi). Enligt uppgifterna för 2005 deltog fler personer i fortbildning än året innan.

Fortbildningen ordnas som hälsovårdscentralernas egen verksamhet eller köps externt. Särskilt för små hälsovårdscentraler lönar det sig att ordna regional utbildning. Vid förverkligandet av utbildningen gynnas längre utbildningshelheter och utnyttjas inlärningsmetoder som lämpar sig för vuxenutbildning och distansstudier. SHVS har ordnat nationella studerandehälsovårdsdagar sedan 2005. De här dagarna kan vidare- utvecklas till en viktig verksamhetsform för kontakter och inhämtande av ny kunskap inom studerandehälsovården. Syftet med dagarna är att yrkespersonerna inom studerandehälsovården skall bygga upp nätverk och förbättra sin yrkeskompetens och samarbetet. I framtiden kommer det också att behövas specialiseringsmöjligheter inom studerandehälsovården. Man kunde till exempel planera specialiseringsstudier inom skol- och studerandehälsovård för hälsovårdare. För läkare kunde man på motsvarande sätt planera studier för specialkompetens inom stude- randehälsovård.

De som jobbar inom studerandehälsovården behöver fortbildning för att uppdatera och utveckla många färdigheter både till innehållet och metoderna. Viktiga teman är de innehåll som nämns i kapitel 6–12, bl.a. tidigt ingripande, främjande av sexuell hälsa och hälsofrämjande metoder (samlande av personer i samma situation i grupper, motiverande samtal).

Personalen inom studerandehälsovården blir tvungen att ingripa i många svåra och samtidigt känsliga frågor hos de studerande, bland annat relations-, missbruks- och psykiska problem. I arbetet använder personalen sin personlighet och sin interaktionsförmåga. Därför bör personalen inom studerandehälsovården ha möjlighet att delta i arbetshandledning.

Inom SHVS har man goda erfarenheter av arbetshandledning för allmänläkare i Balintgrupper. Handledningen hjälper allmänläkarna att möta studerande, vars problem ofta är en blandning av psykisk problematik, fysiska symtom och studieproblem. Handledningen hjälper också allmänläkarna att själva sköta lindriga psykiska störningar. Det här är till klar nytta för de studerande, som på det här sättet slipper olägenheterna med att uppsöka flera läkare.

Systematisk, välplanerad och väl genomförd introduktionsutbildning för nyanställda gör att den nyanställda snabbare och lättare kommer in i arbetsgemenskapen och anpassar sig till verksamhetskulturen och verksamhetssätten där. Introduktionen är också viktig med tanke på patientsäkerheten, för att missförstånd och fel skall undvikas.

12.5 Nationell statistikföring och utveckling av den

För närvarande statistikför Stakes besök inom studerandehälsovården som en del av öppenvårdsbesöken inom primärvården. Läkbesök och besök hos annan yrkespersonal statistikförs separat. I siffrorna saknas gymnasieelevernas besök, som registreras inom skolhälsovården, samt de universitetsstuderandes besök, som registreras i SHVS:s eget system. Som ett led i det nationella hälsoprojektet utarbetas ett elektroniskt patientjournalssystem, som enligt planerna skall införas i hela landet före utgången av 2007.

Genom en reform av öppenvårdsstatistiken strävar man bl.a. efter att varje verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården skall ha elektroniska journalhandlingar. Därför måste de centrala uppgifterna vara tillgängliga i elektronisk form. Statistikreformen genomförs som en del av den totala reformen av informationssystemet inom hälso- och sjukvården. Målet är ett övergripande statistik-, kvalitets- och epidemiologiskt system där rådata förädlas till indikationsdata dels som feedback till olika aktörer som behöver dem och dels för ett kunskapsbaserat stödsystem för beslutsfattandet.

Vid statistikreformen är tanken att med hjälp av den information som bassystemen på fältet ger även åstadkomma statistik för öppenvården inom studerandehälsovården. Förutsättningen är att man – delvis genom sampling eller permanent – kommer fram till ett minimiinnehåll av information och en standardiserad metod för plockning och överföring av data som beaktar alla datasystem. Tidtabellen för genomförandet av reformen

beror delvis på hur de nya kärninformationsinnehållen i den elektroniska patientjournalen som definierats i det Nationella hälsoprojektet tas i bruk i landet. Enligt planerna skall kärninformationen tas i bruk 2007. Informationsinnehållet för skol- och studerandehälsovården definieras senare i det andra skedet. Redan vid uppföljningen av vårdgarantin insamlas ett mera omfattande informationsinnehåll än i dag även från primärvården.

Efter reformen är det meningen att den elektroniska patientjournalen skall innehålla bl.a. följande kärninformation i enhetlig strukturerad form: patientens identifikationsdata, diagnos, faktorer som påverkar hälsan, fysiologiska mätningar, undersökningar, åtgärder, medicinsk vård, fortsatt vård, sammandrag (Social- och hälsovårdsministeriet 2004c).

På grund av studerandehälsovårdens behov skall även läroanstalten och utbildningsområdet synas i patientjournalen, detta för att man skall få information om de studerandes hela utnyttjande av hälsovårdstjänster. Härmed avses även akut- eller jourtjänster utanför den egentliga studerandehälsovården.

12.6 Forskning och utveckling

Utmaningarna i fråga om forskning och utveckling inom studerandehälsovården kan jämföras med företagshälsovården, när studierna tolkas som arbete och skolgemenskaperna som arbetsgemenskaper. Ett extra inslag när det gäller studerandehälsovården är att studerande lämnar sin barndomsfamilj och börjar ett självständigt liv och ofta även bildar en egen familj. Ur forsknings- och utvecklingssynvinkel innebär det här att man inom studerandehälsovården (utöver den nya kunskap och kompetens som behövs som grund för företagshälsovården) även behöver särskild forskning och utveckling som utgår från de studerandes livssituation.

Ur ett litet lands perspektiv är det också av största vikt att man här i Finland också följer med och tillämpar forskning och utveckling och erfarenheter från andra länder. På grund av Finlands särpräglade kultur och service- och utbildningssystem kan det vara svårt att tillämpa andra länders kunskap, erfarenheter och kompetens i Finland, och även i de fall där detta är möjligt behövs det praktiskt utvecklingsarbete.

Finland har tillsvidare ingen etablerad forsknings- och utvecklingstradition inom studerandehälsovården och inte heller inom skolhälsovården som står den nära.

Vid Stakes regionala enhet i Tammerfors håller man på att utveckla ett nationellt uppföljningssystem för hälsofrämjandet enligt kommun och verksamhetsställe. Tanken är att systemet skall fungera i databasen Sotkanet. Uppföljningen av studerandehälsovården är en del av det här systemet. Tammerforsenheten planerar i samråd med universitetet och andra aktörer i regionen en helhet som består av uppföljning och utveckling av skolhälsovården, elevvården och studerandehälsovården.

Av social- och hälsovårdsministeriets forskningsinstitut ligger Arbetshälsoinstitutets grundläggande uppgift nära utmaningarna för forskning och utveckling inom studerandehälsovården. Arbetshälsoinstitutets forsknings- och utvecklingsarbete har dock primärt inriktats på arbetsgemenskaper som baserar sig på arbetsrättsliga anställningsförhållanden. De studerande omfattas av den här forskningen och utvecklingen när de jobbar vid sidan av studierna eller under loven eller när de gör arbetspraktik som ingår i studierna. Under de senaste åren har Arbetshälsoinstitutet förstärkt forsknings- och utvecklingsarbetet inom gränsområdena mellan studerande- och företagshälsovård och delvis direkt inom studerandehälsovården, särskilt inom ramen för handlingsprogrammet Unga och arbete.

På Stakes har man sedan 1996 arbetat med enkäten Hälsa i skolan, som nästan alla gymnasier har deltagit i efter 1998. Till en början gjordes enkäten också vid yrkesläroanstalter, men i början av 2000-talet lämnades dessa bort. I gymnasierna görs enkäten vartannat år bland alla första- och andraårsstuderande och resultaten rapporteras klass- och kommunvis till de kommuner som beställt dem. Stakes nya databas SOTKANet (www.sotkanet.fi) innehåller beskrivande information om studerande ungdomars hälsa och välfärd kommunvis. Några yrkesläroanstalter och yrkeshögskolor har genom en webbenkätillämpning av enkäten Hälsa i skolan samlat information om sina studerandes välfärd, hälsa och hälsovanor. Eftersom det finns mindre systematisk information att tillgå om hälsan och välfärden hos studerande som deltar i yrkesutbildning på andra stadiet än hos studerande som deltar i högre utbildning, bör man särskilt utveckla hälsouppföljningssystemen för de förstnämnda.

Vid Folkhälsoinstitutet utförs befolkningsundersökningar som riktar sig till ungdomar i studerande ålder. I dessa undersökningar har man bl.a. följt med utvecklingen i fråga om psykisk hälsa och alkoholkonsumtion. Folkhälsoinstitutet bedriver ingen egentlig forskning och utveckling inom studerandehälsovård.

Idrottsvetenskapliga fakulteten vid Jyväskylä universitet har en professur i hälsofostran samt utbildning särskilt i undervisning i hälsokunskap och fysisk fostran. Tammerfors universitets forskningsprojekt Nuorten terveystapatutkimus har sedan 1977 vartannat år i ett urval som representerar hela landet producerat information om 16- och 18-åringarnas hälsa och hälsovanor, även separat för studerande vid gymnasier och yrkesläroanstalter. Forskning om studerande bedrivs även i viss mån vid de vårdvetenskapliga fakulteterna. Ingen fakultet har särskilt inriktat sig på forskning och utveckling som är relevant för studerandehälsovården.

Den hittills starkaste forsknings- och utvecklingstraditionen inom studerandehälsovården finns vid SHVS, vars verksamhet har inriktat sig på forskning och utveckling i fråga om hälsa, sjukvård, mentalvårdsarbete och munhälsovård för universitetsstuderande. Vid SHVS utfördes med ett representativt urval den första riksomfattande hälsoundersökningen

bland studerande år 2000 och på nytt fyra år senare. I undersökningarna kartlades på bred bas faktorer relaterade till de studerandes välfärd och studier. SHVS kan följaktligen anses som ett nationellt kompetenscentrum för studerandehälsovården, särskilt ur de universitetsstuderandes synvinkel. Finansieringen av forsknings- och utvecklingsprojekten baserar sig dock även vid SHVS huvudsakligen på kortfristig projektfinansiering.

I kommunerna har studerandehälsovården huvudsakligen utvecklats utan särskilda forsknings- och utvecklingsprojekt. Med hjälp av projektfinansiering från det nationella hälsovårdsprojektet har man i Södra Karelen inlett en regional utveckling av studerandehälsovårdsenheten. För studerande vid yrkeshögskolor har man under ledning av studerandeorganisationen SAMOK gjort en enskild välmåendeenkät (2004) och nu senast har SAKKI ry låtit utföra motsvarande undersökning bland yrkesstuderande (2005).

I gymnasier och vid universiteten är studerandehälsovården mest etablerad vad gäller mål och innehåll. Utmaningarna vid gymnasier har dock förändrats i och med att de studerande rekryteras från allt större geografiska områden. Inom en nära framtid kommer omorganiseringen av gymnasienätet och det ökade samarbetet med yrkesutbildningen att förändra utmaningarna. Det finns ytterst litet forskning och utveckling om studerandehälsovården vid yrkesläroanstalter och yrkeshögskolor. Det är nödvändigt att stärka denna även med tanke på minskandet av hälsoskillnaderna.

Arbetsgruppen som utvecklat studerandehälsovården föreslår att studerandehälsovården även i framtiden i första hand ordnas som kommunalt folkhälsoarbete. Under trycket från många håll är det osannolikt att studieortskommunerna skulle kunna satsa på forskning och utveckling utan ett betydande nationellt stöd. En central fråga kommer därför att bli att förtydliga ansvaret för forskningen och utvecklingen om studerandehälsovård och även att avdela tillräckliga och permanenta resurser för denna uppgift.

Den nationella ansvarsenheten borde som en helhet inom studerandehälsovården ordnas med en heltäckande uppföljning av de studerandes hälsa och välfärd och studieförhållandena samt en riksomfattande utvärdering och kvalitetssäkring av studerandehälsovårdsverksamheten. Ansvarsenheten borde tillsammans med kommunerna utveckla god praxis inom studerandehälsovården och stödja spridningen av den. En annan central uppgift är att följa med internationell litteratur och utveckling och tillämpa den på studerandehälsovården i Finland.

- Aalto P, Garam I. 2004. Kansainvälinen liikkuvuus yliopistoissa ja ammattikorkeakouluissa 2003. CIMO Publications 2. Kansainvälisen henkilövaihdon keskus CIMO. Saatavana: www.cimo.fi/
- Aaltonen K, Helenius P, Riihinen O. 1997. Mielekkyyttä epävarmuuteen opiskelun ja ansiotyön vuorovaikutuksella. Koulutus ja tiedepolitiikan julkaisusarja 43. Helsinki: Opetusministeriö.
- Aalto-Korte K, Alanko K, Saalo A. 2004. Nuorten allergiat ja ammattitaudit. Työ ja ihminen, Työympäristötutkimuksen aikakauskirja 17, 241–247. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Aalto-Setälä T. 2002. Depressive disorders among young adults. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- Aarnio M. 2002. Leisure-time physical activity in late adolescence – a cohort study of stability, correlates and familial aggregation in twin boys and girls, Nuorten liikunta- ja terveystottumukset. Kuopion yliopisto.
- Aittola H, Aittola T. 1990. Yliopisto-opiskelu elämänvaiheena ja opiskelun mielekkyys. Julkaisussa Aittola H. ja Aittola T, (toim). Yliopisto elämismaailmana. Opiskelun ja hallinnon muutosprosessit 1980-luvun yliopistossa. Jyväskylän yliopiston ylioppilaskunnan julkaisuja 31. Jyväskylä, 7–24.
- Alanen Y, Holmström R, Hägglund V, Karlsson K, Tienari P, Vauhkonen K, Savonen K, Hirvas J, Marin M. 1967. Suomalaisen ylioppilaan mielenterveys – psykiatrinen tutkimus ensimmäisen vuoden ylioppilaista. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 8, 127–138.
- Arikoski P, Kröger L, Bishop NJ. 2002. Luuston terveys lapsuus- ja nuoruusiässä. Duodecim 118, 1251–1258.
- Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J. (toim.) 2005. Suomalaisen terveys. Helsinki: Duodecim.
- Arokoski JPA, Pohjolainen O, Laaksonen M, Saarinen I, Arokoski MH. 2001. Osteoporoosin lääkkeetön ehkäisy ja hoito – oikea ravitsemus ja liikunta elämäntavaksi. Suomen Lääkärilehti 56, 2391–2396.
- Beck AT, Beck RW. 1972. Screening depressed patients in family practice. Postgrad Medicin 52, 81–85.
- Berger K. 2002. The developing person: through the life span. New York: New York Worth Publishers.
- Berndtson T. 2004. Opiskelijatutkimus 2003. Opiskelijoiden toimeentulo ja toimeentulon ongelmat. Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 65. Helsinki.
- Ravitsemuskatsaus 2005. Brittinuoret vaativia kuluttajia. Ravitsemuskatsaus 1.
- Bäckman G. 1987. Yksilö, lähiympäristö ja terveys. Juva: WSOY.
- Castrén J, Kunttu K, Huttunen T. 2004. Niska-hartia -oireisen opiskelijan profiili. Julkaisussa: Kunttu K, (toim). Oireilevan opiskelijan viesti? Tutkimuksia Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2000 -aineistosta. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 63. Helsinki: Kansaneläkelaitos, 5–70.
- Engblom P, Ollitervo-Peltonen R, Kunttu K, Huttunen T. 2004. Syömishäiriöisten yliopisto-opiskelijoiden kokemus stressiä ja voimavarat. Julkaisussa: Kunttu K, (toim). Oireilevan opiskelijan viesti? Tutkimuksia Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2000 -aineistosta. Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 63. Helsinki, 135–159.
- Eriksson E, Arnkil T. 2005. Huoli puheeksi. Opas varhaisista dialogeista. Stakesin oppaita 60.

- Erola H. 2004. Ammattikorkeakouluopiskelijoiden hyvinvointi 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:16. Helsinki.
- Europeiska gemenskapernas kommission. 2002. Kvalitetskriterier för hälsorelaterade webbplatser. Europeiska gemenskapernas kommissions meddelande eEurope. europa.eu.int/information_society/eeurope/ehealth/doc/communication_acte_sv_fin.pdf
- Haahtela T, Terho E, Hannuksela M, Klaukka T. 1999. Allergian esiintyvyys ja kansantaloudellinen merkitys. Julkaisussa: Haahtela T, Hannuksela M, Terho E, (toim). Allergologia. Helsinki: Duodecim, 24.
- Haarasilta L. 2003. Major depressive episode in adolescents and young adults – a nationwide epidemiological survey among 15 – 24-year-olds. : Publications of the National Public Health Institute.KTL A 14. Helsinki.
- Hallman M, Kannas L, Tynjälä J. 1992. Tupakka, tuoppi ja elämisen terveystyyli. Tutkimus 11–16-vuotiaiden tupakoinnista ja alkoholinkäytöstä. WHO-koululaistutkimus. Sosiaali- ja terveyshallituksen raportteja 61. Helsinki.
- Hasunen K, Kalavainen M, Keinonen H, Lagström H, Lyytikäinen A, Nurttila A, Peltola T, Talvia S. 2004. Lapsi, perhe ja ruoka. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:11. Helsinki.
- Hautala L, Liuksiala P-R, Räihä H, Väinänen A-M, Jalava A, Väinälä A, Saarijärvi S. 2005. Häiriintynyt syömiskäyttäytyminen ja sen varhainen toteaminen koulu-terveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti 60, 4599–4605.
- Heikkilä A, Nieminen J, Sauri P. 2003. Kun opinnot takkuavat. Julkaisussa: Eriksson I, Mikkonen J. (toim). Opiskelun ohjaus yliopistossa. Tuella ja taidolla -hanke. Helsingin yliopisto, 135–149.
- Heinonen A, Karinkanta S. 2003. Liikunta osteoporoosin ja osteoporoottisten murtumien ehkäisyssä. Suomen Lääkärilehti 58, 3755–3759.
- Heiskanen M, Piispa M. 1998. Usko, toivo, hakkaus. Kyselytutkimus miesten naisille tekemästä väkivallasta. Tilastokeskus. Helsinki.
- Heiskanen M, Sirén R, Aromaa K. 2004. Suomalaisten turvallisuus 2003. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos tutkimustiedonantoja 58. Poliisiammattikorkeakoulun tiedotteita 29, 1–45. Helsinki.
- Helakorpi S. 2005. Arjen valinnat aiempaa terveellisempiä. Liikunta ja Tiede 5, 20–22.
- Hiltunen-Back E. 2004. Klamydiatartunnat ikäryhmittäin. Julkaisussa: Kosunen E, Ritamo M, (toim). Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen. Stakesin raportteja 282. Helsinki.
- Hiltunen-Back E, Reunala T. 2005. Klamydia lisääntyy. Duodecim 121,16–18.
- Hintikka A-M. 2004. Lukivaikeuksien testaamisesta. Julkaisussa: Kromosomeista kaksoiskonsontteihin: Lukibussin matkakirja. Suomen Kuntaliitto. Helsinki, 215–221.
- Hirvonen R, Kontunen K, Amnell G, Laukkanen E. 2004. Itseään viiltelevä nuori. Duodecim 120, 944–950.
- Hoitosuositusryhmä. 2002. Niskakivun käypä hoito -suositus. Duodecim 118 (16), 1713–25. www.kaypahoito.fi/
- Hoitosuositusryhmä. 2000. Osteoporoosin käypä hoito -suositus. Duodecim 116, 1772–88. www.kaypahoito.fi/ Duodecim 2000.
- Holappa L. 2005. Sairasta sakkia? – Ammattiin opiskelevien hyvinvointi 2005, Helsinki: Suomen ammattiin opiskelevien keskusliitto.
- Huurte T, Rahkonen O, Aro H. 2002. Health and health behaviour by parental socioeconomic status. A follow-up study of adolescents aged 16 years until age 32 years. Poster. Seventh International Congress of Behavioural Medicine. Helsinki, 28.–31.
- Häggglund T-B, Pylkkänen K, Taipale V. 1978: Nuoruusiän kriisit. Jyväskylä: Gummerus.

- Härmä M, Sallinen M. 2004. Hyvä uni – hyvä työ. Helsinki: Työterveyslaitos. Joukkoruokailun merkitys kasvaa. Sydän 2005; 6,12.
- Kaltiala-Heino R, Rimpelä M, Rantanen P. 1998. Nuorten mielialan mittaaminen, Suomen Lääkärilehti 53, 3891–3898.
- Kansanterveyslaitos, 2005. www.ktl.fi/portal/suomi/osiot/tietoa_terveydesta/ravitsemus/suositukset_ja_toimenpideohjelmat/ravitsemussuositukset/ravitsemussuositukset_lyhyesti/
- Karasek RA, Theorell T.1990. Health workers: stress productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books.
- Karkola K, Penttilä A. 2003. Liikennetapaturmat. Duodecimin Sairauksien ehkäisy kokoelmateoksessa. Teos on julkaistu myös verkossa Terveysportin terveyskirjastossa: www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk
- Karlsson L, Pelkonen M, Aalto-Setälä T, Marttunen M. 2005. Nuorten masennus – vakava sairaus, jonka hoitoa tutkittu vähän. (Katsausartikkeli) Suomen Lääkärilehti 60, 2879–2883.
- Karvonen S, Rahkonen O. 2002. Tupakka ja terveyden eriarvoisuus. Julkaisussa: Kangas I, Keskimäki I, Koskinen S, ym., (toim). Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita, 83–99.
- Kilpeläinen M. 2001. Asthma and allergic rhinoconjunctivitis among university students – occurrence and risk factors. Turun yliopiston julkaisuja, sarja D 470. Turku.
- Koivisto N. (toim.). 2005. Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöt liikunnassa ja urheilussa. Suomen Liikunta ja Urheilu. Lupa kuulua – lupa näkyä -julkaisusarja 6. www.slu.fi/materiaalisalkku
- Koivusilta L, Rimpelä A. 2002. Koulu terveydellisen tasa-arvon edistäjänä. Julkaisussa: Kangas I, Keskimäki I, Koskinen S, ym., (toim). Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita, 221–235.
- Kokko P, Kolehmainen S, (toim). 2002. Yhdessä ammattikorkeakouluopistoja edistään! Opintojen edistäminen ja tukeminen -projektin loppuraportti. Hämeen ammattikorkeakoulun julkaisuja A-sarja.
- Konsensuslausuma LIHAVUUS – painavaa asiaa painosta 26.10.2005. Duodecim 121, 2689–2702.
- Korkeila J. 2005. Stressi, masennus ja avuntarve. Suomen Lääkärilehti 60, 4373–4377.
- Koskinen S. 2006. Sosioekonomiset terveyserot – Suomen kansanterveyden keskeinen ongelma. Kansanterveyslehti 1 (7), 7–9.
- Koskinen S, Kestilä L, Martelin T, Aromaa A, (toim). 2005. Nuorten aikuisten terveys. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset 18–29-vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 7. Helsinki.
- Kosunen E. 2004. Seksuaalikäyttäytymisen muutokset. Julkaisussa: Kosunen E, Ritamo M, (toim). Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen. Stakesin raportteja 282. Helsinki.
- Kosunen E. 2005. Opiskeluikäisten raskauden keskeytykset lisääntyvät. Duodecim 121, 2253–4.
- Kukkonen M. (toim).1991. Läpivalaisusta läpikotaiseksi. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön kuusi vuosikymmentä 1932–1992. Helsinki: Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö.
- Kunttu K. 1997. Korkeakouluopiskelijoiden terveyskäyttäytyminen ja sosiaaliset suhteet. Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 28. Helsinki.
- Kunttu K. 2004a. Korkeakouluopiskelijoiden terveysriskit. Suomen Lääkärilehti 59, 2913–2918.
- Kunttu K. 2004b. Opiskelijakulttuuri suosii alkoholinkäyttöä. Dialogi 8, 46–49.
- Kunttu K. 2005. Vuorovaikutus yhteisössä -esitelmä Turun Kauppakorkeakoululla 30.11.2005.

- Kunttu K, Huttunen T. 2001. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2000. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 45. Helsinki: Kansaneläkelaitos.
- Kunttu K, Huttunen T. 2005. Yliopisto-opiskelijoiden terveystutkimus 2004. Helsinki: Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 40.
- Kunttu K, Ollitervo-Peltonen R, Seppänen E, Ahola V. 2002. Korkeakouluopiskelijoiden sosiaalisten suhteiden yhteys opiskeluajan stressiin. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 39, 263–272.
- Kunttu K, Kylmälä M. 2003. Terveystottumusten pysyvyys ja muutokset viiden opiskeluvuoden aikana. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 40, 34–48.
- Kunttu K, Virtala A. 2005. Opiskelijaterveydenhuolto. Julkaisussa: Kumpusalo E, Ahto M, Eskola K. ym. (toim). Yleislääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 328–336.
- Kuusisto K. 2005. Tietoa oppimisvaikeustutkimuksista (moniste), Lappeenrannan opiskelijaterveydenhuolto.
- Kurri E. 2006. Opintojen pitkittymisen dilemma. Tutkimus opintojen sujumatto- muustekijöistä yliopistoissa ja niihin vaikuttamisen keinoista. Helsinki: Opiskelijajärjestöjen tutkimussäätiö Otus rs. 27.
- Laaksonen E. 2005. Yliopisto-opiskelijoiden psyykkinen oireilu ja siihen yhteydessä olevat tekijät. Helsinki: Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 38.
- Laatikainen T, Tapanainen H, Alftan G, ym. 2003. FINRISKI 2002. Tutkimus kroonisten kansantautien riskitekijöistä, niihin liittyvistä elintavoista, oireista, psykososiaalisista tekijöistä ja terveystalvuselujen käytöstä. Tutkimuksen toteutus ja tulokset 2. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B7/2003.
- Lahti-Koski M, Sirén M. 2004. Ravitsemuskertomus 2003. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B4/2004.
- Laitinen J, Sovio U. 2005. Nuorten lihavuuden kehityssuunnat. Tuloksia Pohjois-Suomessa vuonna 1966 ja 1986 syntyneiden tutkimuksesta. Suomen Lääkärilehti 60, 4231–4235.
- Lampic C, Skoog Svanberg A, Karlström P, Tydén T. 2006. Fertility awareness, intentions concerning childbearing, and attitudes towards parenthood among female and male academics. Human Reproduction 21 (2), 558–564.
- Lehtonen J, Nissinen J, Socada M. (toim.) 1997. Hetero-olettamuksesta moninaisuuteen. Lesbot, homot, bi- ja trans-ihmiset sosiaali- ja terveystalvuselujen asiakkaina. Helsinki: Edita.
- Lehtonen J. 2003. Seksuaalisuus ja sukupuoli koulussa. Näkökulmana heteronormatiivisuus ja ei-heteroseksuaalisten nuorten kokemukset. Helsinki: Nuorisotutkimusseura, Yliopistopaino, Nuorisotutkimusseuran julkaisuja 31.
- Lehtonen J, Mustola K. (toim.) 2004. "Eihän heterotkaan kerro..." Seksuaalisuuden ja sukupuolen rajankäyntiä työelämässä. Helsinki: Työministeriö, Tutkimukset ja selvitykset 2.
- Leikomaa T-M, Kunttu K, Huttunen T. 2004. Nuuskaa käyttävän opiskelijan profiili. Julkaisussa: Kunttu K. (toim). Oireilevan opiskelijan viesti? Tutkimuksia Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2000 -aineistosta. , Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 63. Helsinki: Kansaneläkelaitos, 101–111.
- Leivo T, Puusaari I, Mäkitie T. 2005. Urheilusilmävammat – salibandy vaarantaa nuorten pelaajien silmät. Suomen Lääkärilehti 60, 5097–5102.
- Lempinen P, Tiilikainen A. 2001. Opiskelijatutkimus 2000. Helsinki: Opiskelijajärjestöjen tutkimussäätiö Otus rs 21.
- Linden K. 2005. A Pharmacoepidemiological Study of Medicine Use among Finnish Conscripts. Helsinki: Annales Medicinae Militaris Fenniae. Finns på etthesis. helsinki.fi/
- Lintonen T. 2005. Nuorten alkoholinkäyttö. Duodecim 121, 1925–7.
- Lounamaa A, Rautava M, Warsell L. 2002. Terveys 2015: Nuorten miesten turhat kuolemat alas. Dialogi 1, 31–33.

- Lounasmaa J, Tuori M-R, Kunttu K, Huttunen T. 2004. Opiskelukyky ja otteen saaminen opiskelusta. Julkaisussa Kunttu K. (toim.) Oireilevan opiskelijan viesti? Tutkimuksia korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2000 -aineistosta. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 63. Helsinki: Kansaneläkelaitos.
- Lüthje P, Nurmi I, Niskanen R. 2002. Pyöräilykypäräpakko on paikallaan. Duodecim 118, 580–581.
- Lääkintöhallituksen ohjekirje. 1986. Opiskelijaterveydenhuolto terveyskeskuksissa. 509/02/1986.
- Martelin T, Koskinen S, Kestilä L, Aromaa A. 2005a. Terveiden ja toimintakyvyn vaihtelu asuinalueen, koulutuksen ja kotitaloustyyppin mukaan. Teoksessa: Koskinen S, Kestilä L, Martelin T, Aromaa A (toim.). Nuorten aikuisten terveys. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B7, 134–148.
- Martelin T, Koskinen S, Lahelma E. 2005b. Väestöryhmien väliset terveyserot. Teoksessa: Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J (toim.). Suomalaisten terveys. Helsinki: Duodecim, 266–276.
- Mattila L, Kilpeläinen M, Terho O. ym. 2001. Prevalence of nickel allergy among Finnish university students in 1995. Contact Dermatitis 44, 218–223.
- Merenheimo J. 2000. Yliopiston opiskelijoiden elämänhallinnan tunne. Seuranta- ja vertaileva tutkimus yliopiston opiskelijoiden elämänhallinnan tunteesta ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä. Julkaisussa Luukkonen J, Liuska H. (toim.) Yliopisto-opiskelu ja opiskelijan työ. Oulun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan opetusmonisteita ja selosteita 81. Oulu.
- Meurman, JH, Murtomaa H. 2003. Kasvojen alueen vammat. Therapia odontologica – hammaslääketieteen käsikirja. Helsinki: Academica.
- Mustajoki M. 2004. Mitä tiedämme terveyden edistämisen interventioiden vaikutavuudesta? Kunnallislääkäri, vuosikirja 2004, 19 (4B), 19–21.
- Mustajoki P. 2003. Miten potilas motivoituu hoitonsa aktiiviseksi osapuoleksi? Suomen Lääkärilehti 58, 4235–4237.
- Männistö S, Ovaskainen M-L, Valsta L. 2003. FINNRAVINTO 2002 -tutkimus. The National FINDIET 2002 Study. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja (B3).
- Nieminen M, Pitkänen J, Koskinen T. Opiskelijoiden ajankäyttö ja suhtautuminen päihde- ja raittiuskysymyksiin 1974 Helsingissä. Ylioppilaiden raittiusyhdistys (YRY), Suomen Akateeminen Raittiusliitto (SARL). Moniste.
- Nordblad A, Suominen-Taipale L, Rasilainen J, Karhunen T. 2004. Suun terveydenhuoltoa terveyskeskuksissa 1970-luvulta vuoteen 2000. Stakes Raportteja 278.
- Nurmi J. 1998. Keiden koulutusväylät? Laajeneva korkeakoulutus ja valikoituminen. Koulutussosiologian tutkimuskeskuksen raportti 43. Turku.
- Nurmi J. 2005. Klamydian esiintyvyydessä miltei kymmenkertainen ero. Suomen Lääkärilehti 69, 697.
- Nyström M. 1993. Alcohol use, drinking patterns and indicators of heavy drinking in Finnish university students. Helsinki: Yliopistopaino.
- Ollitervo-Peltonen R, Engblom P, Kunttu K, Huttunen T. 2004. Syömishäiriöisten yliopisto-opiskelijoiden oireilu ja elämäntavat. Julkaisussa: Kunttu K, (toim.) Oireilevan opiskelijan viesti? Tutkimuksia Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2000 -aineistosta. , Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 63. Helsinki: Kansaneläkelaitos, 113–134.
- Oikeusministeriö 2005. Kansallinen ohjelma väkivallan vähentämiseksi. Oikeusministeriön julkaisuja 2/2005.
- Opetushallitus 2003a. Nuorille tarkoitetun lukiokoulutuksen opetussuunnitelman perusteet 2003. Dnro 33/011/2003. Finns p: www.edu.fi/julkaisut/maaraykset/ops/lops_uusi.pdf
- Opetushallitus 2004a. Ammatillisen peruskoulutuksen opetussuunnitelman ja näyttötutkinnon perusteet. Dnro 28/011/2004. Finns p: http://www.edu.fi/julkaisut/maaraykset/ops/opiskeluhoolto_B5.pdf

- Utbildningsstyrelsen. 2004b. Utbildningssystemet i Finland. Finns på: www.oph.fi
- Opetusministeriö. 2004a. Koulutuksen ja tutkimuksen kehittämissuunnitelma 2003–2008. Opetusministeriön julkaisuja 2004:6. Helsinki. Finns på: www.minedu.fi/opm/koulutus/asiakirjat/kehittamissuunnitelma041203.pdf
- Opetusministeriö. 2004b. Perustietoa ammattikorkeakouluista. Opetusministeriön julkaisuja 2004:10. Helsinki.
- Opiskelijain terveyskasvatus. 1970. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön terveyskasvatuksen työryhmän selonteko. Helsinki: Terveyskasvatuksen keskus ry.
- Oppimisvaikeuskeskus, www.ovk.fi/
- Otus rs. 2006. Ammattikorkeakouluopiskelijoiden hyvinvointi 2004 -tutkimuksen aineisto. Helsinki: Opiskelijajärjestöjen tutkimussäätiö Otus rs.
- Oulun yliopisto: www.oulu.fi/ajankohtaista/uutiset/savutonyliopistojatkua
- Paavonen J, Malm C, Zilliacus R. ym. 2005. Klamydian esiintyvyys Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön asiakkailla. Suomen Lääkärilehti 60, 261–263.
- Palosuo H, Koskinen S. 2005. Terveysterot ja niiden kaventaminen Suomessa. Terveidenhoitaja 8/2005.
- Palukka P, Salminen S. 2003. Työturvallisuuskoulutuksen valtakunnallinen selvitys. Tampere: Työturvallisuuskeskus.
- Parkkari J, Kannus P, Fogelholm M. 2004. Liikuntavammat – suurin tapaturmaluokka Suomessa. Suomen Lääkärilehti 59, 3889–3895.
- Partinen M. 2004. YTHS:n Unikiertue-hankkeen luento UNI – Energiaa keholle ja mielelle. Turku 15.11.2004.
- Pelkonen M, Marttunen M. 2004. Itsetuhoisten nuorten hoitomuodot. Suomen Lääkärilehti 59, 893–898.
- Peplau LA. 1985. Loneliness research: basic concepts and findings. In Sarason IG, Sarason BR (eds.) Social support: Theory, research and applications. Dordrecht: Nijhoff, 269–286.
- Perttilä K. 2006. Terveiden edistämisen rakenteet ja käytännöt – johtaminen ja työvälineet. Terveys kannattaa – sanoista tekoihin. Terveiden edistämisen aluekierros 2006. Saatavilla www.Terveys2015.fi
- Perttu S. 2004. Naisiin kohdistuva parisuhdeväkivalta ja sen seulonta äitiys- ja lastenenuvolassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:6.
- Pietiläinen K, Rissanen A. 2004. Voiko painoa hallita? Diabetes ja lääkäri (lokakuu), 6–11
- Pirskanen M, Pietilä A-M, Halonen P, Laukkanen E. 2005. Nuorten päihdemittarin luotettavuus. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 42, 115–126.
- Pohjalainen V, Karlsson H. 2005. Syömishäiriöiden hoidon vaikuttavuus. Duodecim 121, 1975–1981.
- Polvi H. 2005. Kondylooma eli visvasyyllä? www.yths.fi/netcomm/ 2005
- Rahkonen O. 1994. Terveystila ja terveyskäyttäytyminen. Sukupuoli- ja sosiaaliluokkaerot nuorissa ikäryhmissä. Stakesin tutkimuksia 36. Helsinki.
- Raitasalo R. 1995. Elämänhallinta sosiaalipolitiikan tavoitteena. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 1. Helsinki: Kansaneläkelaitos.
- Rautava M. 2002. Itsemurhien ehkäisystä jo tietoa ja kokemusta. Dialogi 1, 33.
- Rousu S, Holma T. 1999. Laadunhallinnan perusteita lastensuojelutyöhön: toimintamalleja ja työvälineitä kuntien sosiaalitoimistojen laatutyöhön. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Rönnemaa A-M, Kunttu K, Huttunen T. 2004. Allergista nuhaa ja silmänsairautta sairastavien opiskelijoiden erityispiirteitä. Julkaisussa: Kunttu K, (toim). Oireilevan opiskelijan viesti? Tutkimuksia Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2000 -aineistosta. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 63. Helsinki: Kansaneläkelaitos, 71–84.
- Saari S. 1979. Terveystarkastukset ehkäisevän mielenterveystyön muotona. Mielenterveysseulan kehittämistyö. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia

- ja selvityksiä 2. Helsinki.
- Salmela-Aro K, Näättänen P. 2005. Nuorten koulu-uupumusmittari BBI-10. Helsinki: Edita.
- Salminen J. 2005. Niskavaivoista kärsivät yhä nuoremmat: Kipeä niska – taustaa ja tauteja. Sessio Turun XXII Lääketiedepäivillä 2005. Lääkärisanomat 4.
- Salminen S, Räsänen T. 2003. Nuorten naisten työtapatuimat kasvussa. Työ ja ihminen, Työympäristötutkimuksen aikakauskirja 17, 249–256.
- Salonen U. 2003. Alcohol drinking, smoking, cannabis use and physical and mental health among Finnish university students: a longitudinal study. Helsinki: Yliopistopaino.
- Savola E, Koskinen-Ollonqvist P. 2005. Terveystiedon edistäminen esimerkein, käsitteitä ja selityksiä. Helsinki: Terveystiedon edistämisen keskus.
- Seppä K. 2003. Mini-interventio. Julkaisussa: Salaspuro M, Kiianmaa K, Seppä K. (toim). Päihdelääketiede. Helsinki: Duodecim, 64–68.
- Siivola S. 2003. Neck and shoulder pain in a young population: prevalence and etiological factors. Oulun yliopisto.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 1994. Nuorison terveystodistus. Kuntatiedote 4/1994. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 1996. Ajokorttien terveystodistukset ja ajokorttitoimistulomakkeet uudistuvat 1.7.1996. Kuntatiedote 6/1996. Helsinki.
- Social- och hälsovårdsministeriet 2001a. Social- och hälsovårdspolitikens strategier 2010. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2001:3. Helsingfors.
- Social- och hälsovårdsministeriet 2001b. Statsrådets principbeslut om folkhälsoprogrammet Hälsa 2015. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2001:4. Helsingfors.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002a. Opiskelijaterveydenhuollon tila vuonna 2002. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002:25. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002b. Statsrådets principbeslut om utvecklingslinjerna för hälsotion. Social- och hälsovårdsministeriets broschyrer 2002:2. Helsingfors.
- Social- och hälsovårdsministeriet 2003a. Mål- och verksamhetsprogram för social- och hälsovården 2004–2007. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2003:20. Helsingfors.
- Social- och hälsovårdsministeriet. 2003b. Hälsa och välbefinnande genom kunskapsbaserat vårdarbete. Det nationella mål- och verksamhetsprogrammet 2004–2007. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2003:18. Helsingfors.
- Social- och hälsovårdsministeriet 2003c. Anvisning om boendehälsa. Social- och hälsovårdsministeriets handböcker 2003:2. Helsingfors.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2003d. Valtioneuvoston periaatepäätös alkoholipolitiikan linjauksista. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2003:6. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2003e. Napostelukulttuurimme lihottaa ja uhkaa hampaiden terveyttä. Tiedote 368/2003. Finns på: www.stm.fi
- Social- och hälsovårdsministeriet 2004a. Alkoholprogrammet 2004–2007. Utgångspunkter för samarbetet. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2004:18. Helsingfors.
- Social- och hälsovårdsministeriet 2004b. Rekommendation om fortbildning inom hälso- och sjukvården. Social- och hälsovårdsministeriets handböcker 2004:3. Helsingfors.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2004c. Sähköisen potilaskirjajärjestelmän toteuttamista ohjaavan työryhmän loppuraportti. Työryhmämuistioita 2004:18. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2005. Opiskelijaterveydenhuollon tavoitteiden ja sisällön kehittämistyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2005:6. Helsinki.

- Stakes 2002. Skolhälsovården 2002. En handbok för skolhälsovårdare, läkare, grundskolor och kommuner. Stakes handböcker 51. Helsingfors.
- Stakes 2000. Kouluterveys 2000. Finns på: www.stakes.fi/kouluterveys/taulukot/2000/
- Stakes. 2004. Kouluterveyskysely 2004. Finns på: www.stakes.fi/kouluterveys/taulukot/2004
- Stakes. 2005a. Kouluterveyskysely 2005 Finns på: www.stakes.fi/kouluterveys/taulukot/2005
- Stakes 2005b. Raskaudenkeskeytykset ja steriloinnit 2004. Tilastotiedote 22/2005 (11.9.2005) Finns på: www.stakes.info/files/pdf/Tilastotiedote2005/Tt22_05.pdf
- Starck H. 2004. Liikkuva kampus? Tutkimus korkeakouluopiskelijoiden liikuntaolosuhteista. Opiskelijoiden Liikuntaliiton sarja A5. Helsinki.
- Suomen ASH. 2005. Tupakointi oppilaitoksissa. Finns på: www.suomenash.fi/sivu.php?artikkeli_id=162
- Suominen P. 2004. Etelä-Suomen läänin turvallisuustutkimus. (Tiedote). Etelä-Suomen lääninhallituksen poliisiosasto.
- Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M, Aromaa A. toim. 2004. Suomalaisten aikuisten suun terveys. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 16, myös www.ktl.fi/terveys2000
- Suominen-Taipale L, Vehkalahti M, Nordblad A ym. 2005. Suunterveys ja suunhoitotavat. Kirjassa: Nuorten aikuisten terveys. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset 18–29-vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 7, sivut 96–103.
- Suuri kansallinen liikuntatutkimus 2001–2002: Aikuisliikunta. Suomen Kuntaurheiluliitto, SLU:n julkaisusarja 5/2002.
- Säntti J. 1999. Opiskelukyvyn jäljillä. Helsinki: Opiskelijajärjestöjen tutkimussäätiö Otus rs. 15/1999. Finns även på: www.otus.fi/opisky
- Teknillinen korkeakoulu. 2005. Erilaiset oppijat, oppimisvaikeudet. www.dipoli.tkk.fi/ok/p/erilaisetoppijat/oppimisvaikeudet/
- Teknillisen Korkeakoulun Ylioppilaskunnan päihdesuunnitelma 2003–2004. www.tky.fi/micaj_storage/D988EE65E39B54F50A24D1701D3EBA30/46721/TKY_p%E4ihdesuunnitelma.docks
- Telama R, Yang X. 2005. Nuoruuden aktiivisuudesta vankat eväät liikunnalliseen aikuisuuteen. Liikunta ja Tiede 5, 4–7.
- Tilastokeskus 2003. Kuolemansyytilastot 2001. Helsinki.
- Tilastokeskus 2004. Oppilaitostilastot 2003. Tilastokeskus, SVT Koulutus 5/2003. Helsinki. Finns även på: www.tilastokeskus.fi
- Tilastokeskus 2005. Oppilaitostilastot 2004. Tilastokeskus, SVT Koulutus 3/2004. Helsinki.
- Topo P, Kontula O, Meriläinen J. 1988. Nuorten tupakointikulttuuria jäljittämässä. Lääkintöhallitus, Terveyskasvatus, Tilastot ja selvitykset 8. Helsinki.
- Tuuva P. 2004. Opiskelu ympäristön terveellisyys ja turvallisuus. Etelä-Karjalan ammattikorkeakoulu.
- Työterveyslaitos 2003a. Nuoret ja työ -toimintaohjelma 2002–2007. Työterveyslaitoksen suunnitelma 2003:4. Helsinki. Finns även på www.ttl.fi
- Työterveyslaitos 2003b. Terve työntekijä, turvallinen työympäristö ja hyvä työelämä. Työterveyslaitoksen strategia vuosille 2004–2007. www.ttl.fi
- Työterveyslaitos 2005. Hyvinvointi koulutyössä ja opiskelussa -hanke (Sulander J, Romppanen V, Lounasmaa J, Kunttu K. A framework for evaluating factors of well-being during studying (poster). International Symposium on Youth and Work Culture 2005, Espoo 30.–31.5.2005)
- Urvanto, P. 2002. Työssäoppiminen ja työsuojelukysymykset ammatillisessa peruskoulutuksessa. Sosiaali- ja terveysministeriö, työsuojeluosasto, muistio 18.7.2002.

- Uusitalo R. 1985. Aikuistumisprosessi sosiaalisena tapahtumana. Julkaisussa: Hägg-lund T-B, Amnell G, Aalberg V, Pylkkänen K, (toim). Kasvu ja kehitys. Suomen nuorisopsykiatrisen yhdistyksen vuosikirja 1985. Jyväskylä: Gummerus, 79–94.
- Statsrådets förordning om principerna för god företagshälsovårdspraxis samt om företagshälsovårdens innehåll, yrkesutbildade personer och sakkunniga och den utbildning som krävs av inom företagshälsovården 1484/2001.
- Ventä I, Turtola L. 2005. Viisaudenhampaiden kirurginen hoitosuositus – Suomalaisen yliopisto-opiskelijoiden tutkimukseen perustuva hoito. Helsinki: Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 41. Finns även på www.yths.fi, Tutkimukset ja julkaisut, verkkojulkaisut
- Vertio H. 2003. Terveiden edistäminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vesikansa S, Lempinen P, Suomela S. 1998. Tehokkaaseen opiskeluun – normineutta vai mielekästä oppimista. Helsinki: Opiskelijajärjestöjen tutkimussäätiö Otus rs. 14/1998. Finns på: www.otus.fi
- Vikat A, Rimpelä A, Kosunen E, Rimpelä M. 2002. Sociodemographic differences in the occurrence of teenage pregnancies in Finland in 1987–1987: a follow up study. *Journal of Epidemiological Community Health*, 56, 659–668.
- Virtala A, Kunttu K, Huttunen T. 2004. Opiskelijoiden rohdosvalmisteiden ja luontatuotteiden käyttö. Julkaisussa: Kunttu K, (toim). Oireilevan opiskelijan viesti? Tutkimuksia Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2000 -aineistosta. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 63. Helsinki: Kansaneläkelaitos , 85–100.
- Virtala A, Kunttu K. 2006. Jäävätkö yliopisto-opiskelijoiden toiveet lasten saamisesta haaveeksi? *Suomen Lääkärilehti* 1–2 (61), 27–32.
- Vuori I. 2003. Lisää liikuntaa. Helsinki: Edita.
- Välimaa R, Ojala K, Tynjälä J. ym. 2005. 15-vuotiaiden ylipaino ja painon kokeminen WHO-koululaistutkimuksessa. *Suomen Lääkärilehti* 60, 4843–4849.
- WHO. 1992. The health of young people. Geneva: WHO.
- SHVS 2005. Studenternas hälsovårdsstiftelses webbplats www.yths.fi
- YTHS 2004a. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön terveyden edistämisen strategia (13.5.2004). Finns på: www.yths.fi/
- YTHS 2004b. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön vuosikertomus 2004.

Expertgrupp

Mandattid:

13.11.2003–31.12.2004 och tilläggstid fram till 31.3.2005

Ordförande

Päivi Härmäläinen, medicinalråd,
social- och hälsovårdsministeriet (från 1.9.2004 Stakes)

Vice ordförande

Matti Rajakylä, regeringsråd, undervisningsministeriet

Medlemmar:

Paula Hakala, överskötare, Helsingfors stads hälsovårdscentral
Sinikka Huhtala, specialsakkunnig, Finlands Kommunförbund
Antti Huunan-Seppälä, överläkare, Folkpensionsanstalten
Janne Jauhainen, socialpolitisk sekreterare, Finlands studentkårers förbund FSF rf (till 31.12.2004)
Miia Järvi (f.d. Veijonen), intressebevakningssekreterare, Finlands Yrkesstuderandes Centralförbund – SAKKI ry (från 29.7.2004)
Lauri Korkea-aho, socialpolitisk sekreterare, Finlands studentkårers förbund FSF rf (från 1.1.2005)
Kristina Kunttu, överläkare, Studenternas hälsovårdsstiftelse (SHVS)
Jouni Lounasmaa, verksamhetsledare, Studentforskningsstiftelsen Otus rs
Marjaana Pelkonen, överinspektör, social- och hälsovårdsministeriet
Heidi Peltonen, överinspektör, Utbildningsstyrelsen
Sinikka Piekkola, hälsovårdsinspektör, Länsstyrelsen i Västra Finlands län
Matti Rimpelä, forskningsprofessor, Stakes
Anne Rissanen, socialpolitisk sekreterare, Förbundet för Studentföreningar vid Yrkehögskolorna i Finland SAMOK rf
Marko Toppinen, studerande, Finlands Yrkesstuderandes Centralförbund – SAKKI rf (till 28.7.2004)

Permanent experter:

Ritva Partinen, överinspektör, social- och hälsovårdsministeriet
Aira Rajamäki, undervisningsråd, Utbildningsstyrelsen

Sekreterare:

Maija Innola, överinspektör, undervisningsministeriet
Maire Kolimaa, överinspektör, social- och hälsovårdsministeriet

Skribenter:

Tommi Laukka, PM, 1.2.2004–31.1.2005
Kristina Kunttu, överläkare, 1.11–31.12.2005

Underarbetsgrupper:

Underarbetsgruppen för beredning av alternativa sätt att ordna studerandehälsovården vid yrkeshögskolor

Ordförande

Matti Rajakylä, undervisningsråd, UVM

Medlemmar

Antti Huunaan-Seppälä, överläkare, FPA

Maija Innola, överinspektör, UVM

Janne Jauhiainen, socialpolitisk sekreterare, FSF

Eero Kurri, verkställande direktör, SHVS

Riitta Käyhkö, rektor, ARENE

Anne Rissanen, socialpolitisk sekreterare, SAMOK

Underarbetsgruppen för beredning av definitionen av begrepp inom studerandehälsovården

Ordförande

Kristina Kunttu, överläkare, SHVS

Jäsenet

Tommi Laukka, PM, handbokens författare

Jouni Lounasmaa, verksamhetsledare, Otus rs.

Matti Rimpelä, forskningsprofessor, Stakes

Experter som hörts under gruppens arbete:

Arto Laine, företagshälsovårdschef, Folkpensionsanstalten

Pekka Järvinen, regeringsråd, social- och hälsovårdsministeriet

Kari Pylkkänen, chefspsykiater, SHVS

Saku Ylä-Soininmäki, psykolog, Lahtis yrkeshögskola

Merja Pukkinen, hälsovårdare, Helsingfors stads hälsovårdscentral

Vuokko Romppanen, utbildningsplanerare, Folkhälsoinstitutet

Antti Posio, äldre regeringssekreterare, social- och hälsovårdsministeriet

Riitta-Maija Jouttimäki, konsultativ tjänsteman, social- och hälsovårdsministeriet

Anne Nordblad, utvecklingschef, social- och hälsovårdsministeriet

Hannu Rintanen, överläkare, Stakes

Anneli Lintukangas, hälsovårdare, Helsingfors stads hälsovårdscentral

Joonas Turunen, ordförande, Finlands Gymnasistförbund

Lagstiftning om studerandehälsovård

Lagarna finns på internet på adressen <http://www.finlex.fi>
Yrkeshögskolelag 351/2003
Förordning om yrkesutbildning 811/1998.
Förordning om arbeten som är särskilt skadliga och farliga för unga arbetstagare 475/2006
Riksdagens uttalande 94/2004
 RP 77/2004 rd: Riksdagens proposition till riksdagen med förslag till lagar om ändring av folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård samt vissa andra lagar
Lag om specialiserad sjukvård 1062/1989
Personuppgiftslag 523/1999
Folkhälsolag 66/1972
Folkhälsoförordning 802/1992
Lag om yrkesutbildning 630/1998 37 a § (13.6.2003/479)
Lag om ersättning för skada eller sjukdom som har uppkommit under studierelaterade förhållanden som är jämförbara med arbete 1318/2002
Lag om patientens ställning och rättigheter 785/1992
Lag om klientavgifter inom social- och hälsovården 734/1992
Lag om planering av och statsandel för social- och hälsovården 733/1992
Barnskyddsförordning 546/1990
Barnskyddslag 683/1983
Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården 559/1994
Lag om tillsynen över arbetarskyddet och om arbetarskyddssamarbete 44/2006
Gymnasielag 629/1998
Mentalvårdsförordning 1247/1990
Mentalvårdslag 1116/1990
Sjukförsäkringslag 364/1963
Lag om grundläggande utbildning 628/1998
Grundlag 731/1999
Lag om olycksfallsförsäkring 608/1948
Lag om smittsamma sjukdomar 583/1986
Hälsoskyddslag 763/1994
Lag om företagshälsovård 1383/2001
Arbetarskyddslag 738/2002
Universitetslag 645/1997
 - förordning 116/1998

Sekretess- och användarförbindelse

Finns på: www.tietosuoja.fi/

Modell till Sekretess- och användarförbindelse vid verksamhetsenhet för hälsovården

1.8.2001

Denna modell har utarbetats för att användas vid uppgörande av sådan sekretess- och användarförbindelse som förutsätts av personalen vid verksamhetsenhet för hälsovården. Modellen har utarbetats av den samarbetsgrupp (TELLU) som fungerar under dataombudsmannens ledning och består av representanter för myndigheter och sakkunniga inom hälsovården. I tillämpliga delar kan modellen också utnyttjas i andra registeransvarigas verksamhet. Modellen kan kopieras / skrivas ut från dataombudsmannens byrås hemsidor. Den kopierade modellen kan omarbetas enligt behov.

En central förutsättning för tryggnad av integritetsskyddet är att sörja för att de personuppgifter som behandlas skyddas i alla skeden av behandlingen. Om skyddsplikten har bestämts i 32 § personuppgiftslagen.

Vid behandling av personuppgifter som sker med ADB består elementen i skyddet bl.a. av egenskaperna hos olika datasystem, program, utrustningar, nät etc., av förfaringssätt i anknytning till deras användning / definierandet av användningsrättigheter samt övervakningen av användningen och av verksamhetsenhetens organisatoriska och administrativa arrangemang.

Särskild uppmärksamhet bör fästas vid skyddet av sekretessbelagda och känsliga uppgifter. T.ex. uppgifter som rör hälsotillståndet är sådana känsliga uppgifter som avses i 11 § personuppgiftslagen. Patientuppgifter är också enligt 13 § lagen om patientens ställning och rättigheter sådana uppgifter som bör hållas hemliga.

Också när ett väl genomfört datasystem används är det avgörande i sista hand att personalen känner till kraven på dataskyddet, kan använda systemen samt iakttar givna föreskrifter och krav. Det är därför viktigt att sörja för personalens instruktion och utbildning, för uppföljning av användningen och behandlingen av personuppgifter samt för att konstaterade missförhållanden blir kända och att yppade överträdelse av bestämmelser och föreskrifter åtgärdas med lämpliga disciplinära medel. *För understrykande av kraven på dataskydd och sekretess är det också skäl att av personalen begära en särskild sekretess- och användarförbindelse.*

I fråga om manuella patientjournaler bör bl.a. förvaringssättet och -platsen samt förfaringssätten i anknytning till behandlingen av patientjournalerna planeras och regleras omsorgsfullt. Det är skäl att av personalen begära en sekretess- och användarförbindelse också då personuppgifterna behandlas manuellt.

Den registeransvariga organisationens ledning är i avgörande ställning när det gäller iakttagandet av kraven på dataskydd.

DATAOMBUDSMANNENS BYRÅ

Albertsgatan 25 A	00180 Helsingfors
Växel	010 36 66700
Rådgivning (9–15)	010 36 16670
Fax	010 36 66735
www.tietosuoja.fi	

Modell till SEKRETESS- OCH ANVÄNDARFÖRBINDELSE

Denna modell till sekretess- och användarförbindelse för personal vid verksamhetsenhet för hälsovården är ett exempel på en hurudan förbindelse som kan avkrävas personalen. *Varje registeransvarig organisation bör i sista hand ta ställning till den i bruk tagna förbindelsens innehåll med beaktande av de egna behoven och den egna verksamhetsomgivningen.*

Sekretess- och användarförbindelse

Rätt att använda arbetsstationer (inklusive till datanätet trådslutna/trådlöst anslutna adb-utrustningar), data-kommunikationsnät och adb-system ges endast åt dem som har undertecknat denna sekretess- och användarförbindelse. Förbindelserna arkiveras på avtalat sätt centraliserat enligt resultatenhet/ansvarsområde.

1. Om sekretess vet jag:

- Om sekretessplikten (dokumentsekretess och tystnadsplikt) ingår bestämmelser i ett flertal lagar, såsom t.ex. Lagen om patientens ställning och rättigheter (785/92, ändr. 653/2000, 13 §), Lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994, 17 §), Lagen om privat hälso- och sjukvård (152/1990, 12 §), Lagen om företagshälsovård (743/1978, 6 §), Lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet (621/99, 22-23 §) och Personuppgiftslagen (523/1999, 33 §). Uppgifter om patienter bör enligt Patientlagen hållas hemliga.
- Under anställningsförhållandet eller annat arbetsåliggande eller efter dess avslutande får för utomstående inte yppas sekretessbelagda uppgifter om vilka kännedom har fåtts i arbetet och som gäller verksamhetsenheten för hälsovården eller dess kunder, avtalspartners eller andra samarbetsinstanser. Sådana uppgifter är förutom uppgifter om patienternas hälsotillstånd även affärs- och yrkeshemligheter.
- Med *utomstående* avses i denna lag personer som inte vid verksamhetsenheten eller på dess uppdrag deltar i vården av patienten eller i andra uppgifter i samband med vården (Patientlagen 13 §).
- Rätten att läsa och att använda registren gäller inte andra än av arbetsåliggandena förutsatta uppgifter, t.ex. inte egna eller nära anhörigas patientuppgifter, utan den vårdande läkarens samtycke.
- Utan den registeransvariges skriftliga samtycke får sekretessbelagda kunduppgifter eller andra sekretessbelagda uppgifter inte överlåtas eller överföras eller lagras i andra register, på arbetsstationens hårddisk, på diskett eller annan lagringsutrustning. Med kunduppgifter avses i första hand uppgifter om patienterna.

2. Om användarkod och lösenord vet jag:

- Arbetsstationen får endast användas med den egna användarkoden och det egna lösenordet.
- Användarkoderna är personliga. Var och en ansvarar för de anteckningar som gjorts med den egna användarkoden.
- Lösenordet bör bytas ut genast efter att det erhållits och senare vid behov eller med avtalade intervaller.
- Användarkoden och lösenordet bör hållas i minnet. De får inte uppges för andra.
- Man bör genast logga ut ur datasystemen eller arbetsstationen bör låsas omedelbart efter användningen, ifall inte arbetsstationen står under användarens övervakning.

3. Om användningen av arbetsstationen vet jag:

- I arbetsstationen får användas endast av verksamhetsenheten för hälsovården godkända och licenserade program, som har installerats och understöds av databehandlingsenheten eller som på sätt som godkänts av databehandlingsenheten har installerats och understöds av någon annan leverantör.

- Program som har anskaffats av verksamhetsenheten för hälsovården får inte kopieras.
- Arbetsstationen får inte utan tillstånd anslutas till nätverk eller flyttas.
- Samma disketter eller övriga datamedia får inte användas på arbetsplatsen och utanför denna, ifall man inte har säkerställt att de är fria från datorvirus.
- Då man misstänker att arbetsstationen smittats av datorvirus, bör arbetet med arbetsstationen omedelbart avbrytas. Om datorvirus bör alltid meddelas till databehandlingsenheten.
- I användningen av arbetsstationen bör beaktas datanätets och serverutrustningarnas begränsade kapacitet. Bilder, grafik och ljudfiler får förmedlas i nätet eller lagras i servern endast då arbetsåliggandena det kräver.
- Arbetsstationen får inte användas för permanent lagring av filer.
- För säkerhetskopieringen av i arbetsstationen lagrade filer ansvarar var och en användare själv. Säkerhetskopieringen av i serverna befintliga filer sköts centraliserat eller på försorg av systemets huvudanvändare.

4. Om användningen av e-post och internetförbindelser vet jag:

- E-posten och Internet-förbindelserna är i regel avsedda för skötsel av arbetsåliggandena. I användningen av e-post iakttas om detta överenskomna principer.
- Känsliga och övriga sekretessbelagda uppgifter får inte sändas med förmedling av extern e-post.
- På grund av virusrisken får bilagda filer till utifrån kommande e-post inte öppnas om meddelandet kommer från en obestämmd källa. Det är skäl att förstöra meddelandet.
- Kedjebrev i e-posten och annan skräppost får inte sändas eller förmedlas vidare, utan de bör förstöras.
- Program får inte kopieras från Internet.
- Installering av s.k. cookies i web-bläddraren bör förhindras.
- Om användningen av Internet/WWW-bläddraren insamlas logg- och säkringsdata, om vilka datatekniken vid behov gör sammanfattande rapporter för uppföljning av användningssituationen.

5. Om de föreskrifter som gäller systemen vet jag:

- Var och en användare bör bekanta sig med de dataskyddsföreskrifter som gäller vid verksamhetsenheten för hälsovården samt med de använda datasystemens bruksanvisningar och registrens registerbeskrivningar.
- Om användningen av datasystemen insamlas fingeravtrycksdata och användningen följs upp.

6. Om sanktionerna vet jag:

- Vid överträdelse av föreskrifterna och principerna kan rätten att använda datasystemen återkallas. Om överträdelse meddelas alltid till förmannen. Ifall det är fråga om en upprepad eller allvarlig överträdelse, vidtas sådana fortsatta åtgärder som fallet förutsätter. Ifall överträdelsen orsakar direkta eller indirekta ekonomiska förluster, kan följden bli skadeståndskrav (se dataskyddshandboken).
- Missbruk av uppgifter eller uppsåtlig mot föreskrifterna stridande verksamhet kan utöver annat leda till straffrättsliga påföljder.

7. Mina gällande rättigheter att använda datasystemen (se bilaga)

Jag har läst/förstått ovan nämnda principer för sekretess- och användarförbindelsen och förbinder mig att iakttä dem.

Arbetsplats: _____ Datum/..... 200...

Underskrift och namnförtydligande: _____

Förmannens underskrift och namnförtydligande: _____

Uppgifter om hälsoundersökningar bland studerande

Uppgifterna som använts i tabellerna i handboken är tagna från följande undersökningar:

Uppgifter om gymnasieelever

Enkäterna Hälsa i skolan 2000, 2004, 2005

Med skolenkäterna samlar Stakes varje år in uppgifter om 14–18-åringarnas livsförhållanden, skolerfarenheter, hälsa och hälsovanor. Enkäten görs varje jämnt år i kommunerna i Södra Finlands, Östra Finlands och Lapplands län och varje udda år i kommunerna i Västra Finlands och Uleåborgs län. Urvalet består av alla elever i grundskolans årskurs 8 och 9 samt alla första- och andraårsstuderande i gymnasier.

- Enkäten Hälsa i skolan 2000, andraårsstuderande i gymnasier i Helsingfors, Mellersta Nyland, Päijänne-Tavastland, Egentliga Tavastland, Södra Karelen samt Östra Finlands län, Mellersta Finlands län, Kajanaland och Lapplands län.
I enkäten deltog 4894 män och 6647 kvinnor.
- Enkäten Hälsa i skolan 2004, andraårsstuderande i gymnasier i Södra Finlands, Östra Finlands och Lapplands län.
I enkäten deltog 5733 män och 7677 kvinnor.
- Enkäten Hälsa i skolan 2005, andraårsstuderande i gymnasier i Västra Finlands län, Uleåborgs län och på Åland.
I enkäten deltog 4704 män och 6375 kvinnor.

Uppgifter om studerande vid yrkesläroanstalter

År 2000

Enkäten Hälsa i skolan 2000, andraårsstuderande i Helsingfors, Mellersta Nyland, Päijänne-Tavastland, Egentliga Tavastland, Södra Karelen samt Östra Finlands län, Mellersta Finlands län, Kajanaland och Lapplands län.

I enkäten deltog 88 yrkesläroanstalter och 6248 studerande (3568 män och 2680 kvinnor).

År 2005

Holappa L. Sairasta sakkia? – Ammattiin opiskelevien hyvinvointi 2005. Finlands Yrkesstuderandes Centralförbund– SAKKI rf:s undersökning av de studerandes välfärd.

Undersökningen var riksomfattande, 1187 studerande svarade, svarsprocent 59 %. Blanketterna fylldes i under övervakning före lektionsstarten. Av svarspersonerna var 43 % män och 57 % kvinnor och åldersfördelningen var: 16–17-åringar 33 %, 18–19-åringar 40 %, 20–25-åringar 20 %, över 25 år 7 %.

Uppgifter om yrkeshögskolestuderande

Undersökningen Ammattikorkeakouluopiskelijoiden hyvinvointi 2004 är den enda riksomfattande undersökningen som ger en bild av yrkeshögskolestuderandes hälsa. Undersökningen beställdes av Förbundet för Studentföreningar vid Yrkeshögskolorna i Finland (SAMOK), utfördes av Studentforskningsstiftelsen (Otus), finansierades av social- och hälsovårdsministeriet samt undervisningsministeriet; Stakes bidrog med experthjälp.

Undersökningen gjordes som en webbenkät, urvalet var 8400 studerande eller cirka 8 % av alla studerande i målgruppen. 3674 studerande svarade och svarsprocenten var därmed 44 %.

Uppgifter om universitetsstuderande

Hälsoundersökningar bland universitetsstuderande 2000 och 2004

Den första riksomfattande utredningen av de universitetsstuderandes hälsa och faktorer som påverkar den gjordes år 2000 och utredningen upprepades år 2004. Målgruppen för undersökningen var finländska studerande under 35 år som studerar för grundexamen.

Urvalet var 5030 studerande vardera gången, vilket är cirka 5 % av alla studerande i målgruppen. Undersökningarna utfördes som blankettenkäter. År 2000 var svarsprocenten 63,1 % (kvinnor 72,0 %, män 52,7 %) och år 2004 62,7 % (kvinnor 74,0 %, män 49,2 %).

Källor:

- Erola H. 2004. Ammattikorkeakouluopiskelijoiden hyvinvointi 2004. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2004:16.
- Holappa L. 2005. Sairasta sakkia? – Ammattiin opiskelevien hyvinvointi 2005, Helsinki: Suomen Ammattiin Opiskelevien Keskusliitto – SAKKI ry.
- Kunttu K, Huttunen T. 2001. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2000. Helsinki: Kansaneläkelaitos: Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 45.
- Kunttu K, Huttunen T. 2005. Yliopisto-opiskelijoiden terveystutkimus 2004. Helsinki: Yliopistolaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 40.
- Stakes. Enkäten Hälsa i skolan 2000, 2004 och 2005. Finns på: www.stakes.fi/kouluterveys/

Exempel på studerandevårdsgruppers sammansättning

En studerandevårdsgrupp kan till exempel bestå av

- rektor
- biträdande rektor eller avdelningsföreståndaren
- studiehandledaren(-na)
- kuratorn
- hälsovårdaren
- läkaren
- psykologen

Vid frågor som rör enskilda studerande är gruppen mindre och vid behov kallas följande in

- den studerande
- vårdnadshavaren
- klassföreståndaren eller grupphandledaren

I studerandestödgruppen vid Joensuu universitet sitter

- en företrädare för var och en av de sex fakulteterna
- en företrädare för studentkåren
- två företrädare för Studenternas hälsovårdsstiftelse
- universitetspastorn
- en karriärkonsult från Arbetskraftsbyrån och karriärtjänster
- en företrädare för kamratstödsjouren Ätökkä
- en karriärhandledare
- studiestödsnämndens sekreterare från studerandetjänster

I välfärdssektionen vid Åbo universitet sitter

- prorektor (ordf)
- en planerare från rekryteringstjänster
- studiepsykologen
- undervisningsutvecklingschefen
- amanuensen
- studiechefen
- studiehandledaren
- högskolesekreteraren
- högskolepastorn
- två företrädare för studentkåren
- två företrädare för Studenternas hälsovårdsstiftelse

Dimensioneringskalkyl för en hälsovårdares arbete

Dimensionering: 600–1000 studerande / heltidsanställd hälsovårdare

Studerandehälsovården förutsätter att det på andra stadiet finns en heltidsanställd hälsovårdare per 600–800 studerande och inom den högre utbildningen en heltidsanställd hälsovårdare per 800–1 000 studerande, om ingen semestervikarie finns.

Följande förutsättningar bör uppfyllas:

- Hälsovårdaren jobbar på ett enda ställe
- Studerandehälsovården har ändamålsenliga lokaler och ändamålsenlig utrustning till sitt förfogande
- Studerandehälsovården har tillgång till tillräckliga psykologtjänster för både individuellt och kollektivt inriktat arbete
- Orten har ett fungerande servicenät för mentalvårdstjänster för studerande
- Studerandehälsovården har en namngiven läkare som är förtrogen med studerandehälsovård och arbetar i par med hälsovårdaren
- Studerandehälsovården har tillgång till andra experter inom hälso- och socialvården (fysioterapeut, nutritionist, socialarbetare)
- Läroanstalten har utarbetat en vårdhänvisningsplan för missbrukare

Följande omständigheter ökar behovet av hälsovårdarresurser

- Förutsättningarna ovan uppfylls inte
- Lokala särdrag (huvudstadsregionen, stora städer, alkohol- och drogmissbruk i området)
- Stor andel yrkesstuderande bland de studerande
- Stor andel gymnasieelever bland de studerande
- Studerandevårdsarbete vid yrkesläroanstalter och gymnasier
- Stor andel utländska studerande
- Stor andel utbytesstuderande
- Omständigheter som beror på utbildningsområdet, t.ex. polisskolan; hepatit B-vaccinationer, hälsovårdsområdet; hygienfrågor, MRSA

Bakgrundsdata som använts i dimensioneringskalkylen:

Hälsovårdarens arbetstid:

- 52 veckor per år
- 38,25 timmar per vecka
- Semester 5 veckor/år (ingen semestervikarie)
- återstår 47 veckor/år
- Arbetstimmar i teorin 1989 per år
- 10 söckenhelger per år 2 veckor = 76,5 h
- 5 sjukdagar per år 1 vecka = 38,25 h
- Utbildning 10 dagar per år = 76,5 h

Återstår 42 veckor/år = 1607 timmar/år

1) Kollektivt inriktat arbete, kontors-, info- o.d. arbete:

- Möten jämte resor 3 timmar/vecka
Möten jämte resor 126 timmar/ år
- Mat- och kaffepauser 2,5 timmar/vecka
Mat- och kaffepauser 105,5 timmar /år
- Kontors- och telefontid 6 timmar/vecka
Kontorsarbete 252 timmar /år
- Kollektivt inriktat arbete 3 timmar/ vecka
Kollektivt inriktat arbete och infoarbete 126 timmar/ år

Allt kontors- o.d. arbete totalt 609,5 timmar/år, ca 38 % av arbetstiden
(återstår 999,5 timmar)

2) Mottagningsverksamhet

- 12,5 timmar/vecka
Totalt 525 timmar/år (återstår 474,5 timmar)

3) Hälsoundersökningar, totalt 474,5 timmar /år

3.1. Alternativ 1:

50 % av de nya studerande hälsoundersöks

Om antalet studerande är 900/hälsovårdare: en dryg tredjedel

är nya studerande = 333 studerande

0,5 h x 333 = 166 nya studerande hälsoundersöks,

om 1,5 h/ undersökning = 249 timmar/år

Övriga hälsoundersökningar

Återstår för övriga hälsoundersökningar 225 h / år

3.2. Alternativ 2:

90 % av de nya studerande hälsoundersöks

0,9x333 = 299 studerande, om 1,5 h/undersökning = 449, 5 timmar/år

Övriga hälsoundersökningar

Återstår för övriga hälsoundersökningar 25 h / år

1) INGÅR I INFOARBETET OCH DET KOLLEKTIVT INRIKTADE ARBETET:

- Informationsmöten för nya studerande om studerandehälsovårdstjänsterna samt anvisningar om ändamålsenlig användning av övriga hälsovårdstjänster
- Grupper av olika slag, t.ex. stresshantering, viktkontroll, rökavvänjning
- Handledning av personer som åker utomlands för att bli utbytesstuderande: t.ex. vaccinationsprogram, medicinering
- Arbete i missbrukarnätverk, identifiering av missbruksproblem och hänvisning till vård (alkohol, droger, blandmissbruk)
- Krisarbete (medverkan i läroanstaltens tvärprofessionella krisarbetsgrupp)
- Hälsofrämjande i skolgemenskapen (upplysning om välbefinnande hos de studerande, t.ex. balans mellan vila och studier, tillräcklig sömn, förebyggande av könssjukdomar)
- Arbete i nätverk: övriga experter inom studerandevården (t.ex. fysioterapeuter, nutritionist), läroanstaltens personal, studerandeföreningar, mentalvårdsbyrån, missbrukskliniker, skolpastorer
- Övervakning av de sanitära förhållandena i studiemiljön

2) MOTTAGNINGSVERKSAMHET

- Sjukmottagning utan tidsbeställning
- Verksamhet av förstahjälpennatur
- Diagnostiska grundundersökningar, små undersökningar i samband med behandling av sjukdom (blodtrycksmätning, blod- och urinprov)

3) HÄLSOUNDERSÖKNINGAR

För nya studerande:

- Undersökning av förstaårsstuderande 50 %/ 90 %
- ca 1,5 h, varav 1 h för samtal med den studerande och 0,5 h för planering, sammandrag och registrering av undersökningen

Övriga hälsoundersökningar:

- Uppföljande undersökningar, t.ex. handikappade
- Handledning och undersökningar enligt lagen om smittsamma sjukdomar
- Kartläggning av hälsorisker i samband med yrkesvalet
- Identifiering av och stöd till studerande som hotas av utslagning
- Vaccinationer: basvaccinationer, specialvaccinationer
- Sexualfostran, parrådgivning, preventivrådgivning, inledande/uppföljning av preventivmedelsanvändning, handledning i samband med begynnande graviditet
- Stödjande av psykisk och social välfärd

Formulär för övervakning av de sanitära förhållandena vid en läroanstalt

Det här formuläret används i Tammerfors



TAMMERFORS STAD
Social- och hälsovårdsväsendet
Studerandehälsovården

**FÖRHÅLLANDENA VID ÖVERVAKNING
AV DE SANITÄRA LÄROANSTALTERNA**

Läroanstalt	
Adress	
Tid	
Deltagare	
1. Allmänna fakta om läroanstalten	(antal anställda, studerande, lärare)
2. Fysikaliska exponeringsfaktorer	(lukt, buller, belysning, temperatur...)
3. Biologiska exponeringsfaktorer	(inomhusluft, mögel, damm, städning...)
4. Kemiska exponeringsfaktorer	(ämnen, användningssäkerhet...)
5. Fysiska belastningsfaktorer	(ergonomi, repetitivt arbete, tunga lyft, besvärliga lyft, lokaler, buller...)
6. Psykiska belastningsfaktorer	(ledning, arbetsarrangemang, studiemiljö, elevvård, mobbning...)
7. Risk för våld	(ensamt arbete, passagekontroll...)

8. Olycksrisk, maskin-, apparat- och elsäkerhet	(städning, skyddsutrustning, apparatsäkerhet, evakueringsvägar)
9. Olycks- och hälsorisker utomhus	(bilplatser, cykelplatser, rökrutor, motionsområden...)
10. Läroanstaltens sociala utrymmen	(wc, dusch, pausrum...)
11. Studiearrangemang	(användning av lokalerna, lämplighet, information, smidighet, ordnandet av elevmåltider...)
12. Säkerhets- och beredskapsplaner	(förstahjälpberedskap, krisarbete, missbruksprogram, brandsäkerhet, bombhot...)

Slutsatser / rekommenderade åtgärder och tidtabeller

Bedömningen utförd av

Mer information

Välmåendeenkät

Formuläret får fritt användas, men studiepsykolog Saku Ylä-Soininmäki som utarbetat enkäten önskar att den som använder formuläret tar kontakt: sakuys@phnet.fi, t. 050 545 0438, Lahtis yrkeshögskola

Syftet med den här enkäten är att kartlägga hur de studerande mår inom ditt utbildningsområde och riskfaktorer i samband därmed. Med hjälp av dina svar försöker vi utveckla stödet till de studerande och ordnandet av undervisning. Dina svar behandlas absolut konfidentiellt. Tack för ditt samarbete.

1. *Utbildningsprogram/ Inriktningssalternativ **
2. *Utbildningsform ungdomsutbildning / vuxenutbildning/ specialiserings- eller påbyggnadsutbildning*
3. *Studierna inleddes år*
4. *Studierna inleddes på höstterminen / vårterminen*
5. *Kön*
6. *Ålder 18–20 år/ 21–25 år / 26–30 år/ 31 år eller äldre*
7. *Bedöm ditt eget välmående inom följande livsområden*
(svag / nöjaktig / medelmåttig / god / utmärkt)
 - ork och energi
 - sinnesstämning
 - studiemotivation
 - relationer i skolan
 - relationer utanför skolan
 - fritidsintressen
 - självuppskattning
 - hälsa
8. *Har du upplevt något av följande under den senaste månaden?*
(du kan välja flera alternativ)
 - känsla av att ha lyckats
 - glädje
 - uppmuntran
 - kreativitet
 - uppskattning
 - nedstämdhet
 - utmattning
 - aggressivitet
 - sömnsvärigheter
 - ensamhet
 - ätstörningar
 - riklig alkoholkonsumtion
 - psykisk spänning eller annan rädsla
 - självdestruktivitet i tanke eller handling
9. *Vad skulle öka ditt välmående mest?* _____

10. *Bedöm arbetsklimatet*

(svag / nöjaktig / medelmåttig / god / utmärkt)

- vid din läroanstalt
- inom ditt inriktningsalternativ
- i din årskurs

11. *Bedöm samarbetet inom ditt inriktningsalternativ*

(svag / nöjaktig / medelmåttig / god / utmärkt)

- mellan lärarna
- mellan de studerande
- mellan lärarna och de studerande
- med andra avdelningar inom utbildningsområdet
- med andra utbildningsområden vid LAMK

12. *Vilket av följande beskriver arbetsklimatet inom ditt inriktningsalternativ?*

(du kan välja flera alternativ)

- stödjande
- inspirerande
- tryggt
- respekt för de studerande
- uppmuntrande
- tolerant
- professionellt
- kreativt
- likgiltigt
- konkurrensinriktat
- ångestfyllt
- konfliktfyllt/spänt

13. *Vad skulle enligt din mening förbättra arbetsklimatet inom ditt inriktningsalternativ?*

14. *Har dina studier framskridit enligt läroplanen eller din individuella studieplan (hops)?*

Nej/ vet inte/ ja

15. *Varför har dina studier inte framskridit i förväntad takt?*

(du kan välja flera alternativ) Besvara den här frågan om du i föregående fråga kryssade för att dina studier inte har framskridit i förväntad takt.

- problem med ork, välmående eller hälsa
 - relationsproblem
 - inlärningsssvårigheter
 - bristande studiemotivation
 - arbetsklimats- eller samarbetsproblem inom mitt utbildningsområde/inriktningsalternativ
 - problem med undervisningens kvalitet eller ordnandet av undervisning
- något annat _____

16. *Har det konstaterats att du har inlärnings- eller koncentrationssvårigheter?*

Nej / ja

17. Bedöm hur väl undervisningen motsvarar

(svag / nöjaktig / medelmåttig / god / utmärkt)

- dina egna mål
- dina yrkesmässiga behov
- dina förhandsförväntningar

18. Bedöm hur tillfredsställd du är med följande

(svag / nöjaktig / medelmåttig / god / utmärkt)

- undervisningens nivå
- undervisningens innehåll
- undervisningstidtabellen
- undervisningsmetoderna
- undervisningsmaterialen
- feedbacken från lärarna
- lärarnas tutorverksamhet
- stödpersonalens tjänster inom ditt utbildningsområde
- gemensamma studier vid LAMK
- LSMK:s elevcentrals tjänster
- studerandehälsovårdstjänsterna

19. Hur många timmar per vecka använder du i medeltal för studier?

(omfattar både närundervisning, grupparbete och självständiga studier)

1–20 h / 21–30 h / 31–40 h / 41–50 h / 51–60 h / 61 h eller mera

20. Hur många timmar per vecka använder du i medeltal för studier utanför lektionerna?

(omfattar grupparbete och självständiga studier)

1–5 h / 6–10 h / 11–20 h / 21 h eller mera

21. Hur många timmar per vecka använder du i medeltal för avlönat arbete utanför studierna?

0 h / 1–10 h / 11–20 h / 21–30 h / 31–40 h / 41 h eller mera

22. Hur skulle du vilja förbättra undervisningen inom ditt inriktningsalternativ?

23. Vilka frågor tycker du man borde satsa på när man försöker öka de studerandes välmående?

24. Vilka önskemål eller förbättringsförslag har du i fråga om studiehandledningen?

25. Fria kommentarer

26. Är du medveten om LAMK:s handlingsansvisning för krissituationer?

Ja / nej

27. Har du bekantat dig med LAMK:s handlingsansvisning för krissituationer?

Ja / nej

28. Visste du att LAMK har en egen psykolog för de studerande?

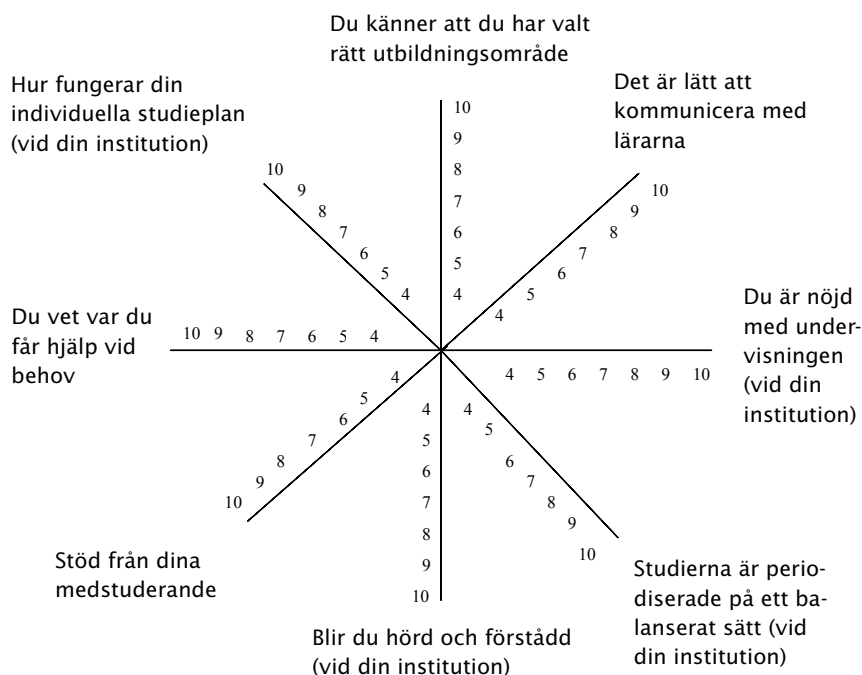
Ja / nej

Arbetsklimatbarometer

Barometern har tagits fram inom Kehrä-projektet 2004 (Saikkonen P, Wolkoff S, Turtola L, Heinsalo R). Tanken är att barometern skall vara till hjälp vid kartläggningen av studieklimatet och skapa debatt om hur studieförhållandena kunde förbättras. Med en mätare av motsvarande typ kan man samtidigt kartlägga personalens situation. Helsingfors universitets arbetsgrupp för de studerandes välfärd arbetar på att vidareutveckla barometern och göra en elektronisk version av den. Mer information:

www.helsinki.fi/project/hyvinvointi/materiaalit/ilmapiiiribarometri_opiskelijat

Kryssa för ett skolvitsord (4–10) på var och en av axlarna nedan så att kryssset anger din uppriktiga och personliga åsikt om den fråga som axeln gäller.



Nedan uppräknas en rad faktorer som vid många arbetslivsundersökningar konstaterats vara viktiga för välbefinnandet i arbetet. Placera faktorerna i viktighetsordning med tanke på **ditt eget välbefinnande**. Välj den faktor du tycker är viktigast och ge den nummer 1, den näst viktigaste nummer 2 osv.

- () jag får feedback på mina studier
- () ett uppmuntrande studieklimat vid institutionen
- () de studerande respekteras vid institutionen
- () examenskraven är rätt dimensionerade
- () möjlighet till en öppen och kritisk diskussion med tanke på inläringen

Underskrift _____ (du kan också svara anonymt)

Antal närvaroläsår vid universitetet _____

Källa: Saikkonen P. toim. 2004. Kehrän työkirja, hurmuksesta hankkeisiin. Helsinki:
De studerandes välfärdsprojekt Kehrä.

**Kort kartläggande frågeformulär vid
hälsoundersökning**

Tammerfors modell, kort
Tammerfors stads studerandehälsovård

HÄLSOENKÄT FÖR STUDERANDE

Bästa studerande!

I den här hälsoenkäten för studerande frågar vi dig om saker som rör studier, hälsa och livet i övrigt. Vi hoppas att du besvarar alla frågor. Dina svar behandlas enbart av yrkespersoner inom studerandehälsovården som alla har tystnadsplikt.

PERSONUPPGIFTER, datum: ____/____ 20____

namn: _____

födelseid: _____

adress: _____ telefon: _____

e-post: _____

utbildningsprogram: _____

inriktningsalternativ: _____

SVARSANVISNINGAR:

Svara med siffrorna 0–100 eller genom att kryssa för det lämpligaste alternativet. I öppna frågor kan du ta upp allt som du funderar över, fortsatt vid behov på baksidan av pappret.

Använd siffrorna 0–100 vid bedömningen så att 0 beskriver den sämsta tänkbara situation som du kan tänka dig och 100 den bästa tänkbara. Siffran 50 är mitt-punkten: siffror under 50 beskriver en dålig situation och siffror över 50 en bra situation.

© Julkunen & Muurinaho
Skalorna 0–100 har gjorts upp enligt professor Markku Ojanens modell
Fråga 2.3 är hämtad ur SHVS undersökning

1. STUDIER

- 1.1. Hur har du kommit i gång med studierna? När du tänker på hur dina studier framskrider som helhet, hur skulle du bedöma den saken?

Hur mina studier framskrider beskrivs av siffran _____

- 1.2. Om studierna inte har framskridit som du tänkt, har du försökt göra något åt saken? Hur har du försökt lösa problemet eller anpassa dig till den rådande situationen?

Om du vill kan du diskutera dina studier med studiehandledaren, kuratorn, läraren eller hälsovårdaren.

2. HÄLSOTILLSTÅND

- 2.1. Hurudant är ditt hälsotillstånd? Mitt hälsotillstånd beskrivs av siffran ____

- 2.2. Om du har långtidssjukdomar, symtom eller störande besvär, vilka är de?

- 2.3. Har du ett normalt förhållande till mat?

- 2.4. Längd: _____ cm, vikt: _____ kg

- 2.5. Beskriv om du får tillräckligt med sömn och vila.

Min vakenhetsgrad beskrivs av siffran _____

Hur många timmar sover du i medeltal under veckan ____ h/natt under veckosluten ____ h/natt

- 2.6. Hurudan är din sinnesstämning? Siffran noll beskriver en situation där ingenting på länge har fått dig att bli intresserad eller glad, du är hela tiden nedstämd. Siffran hundra beskriver en situation där din sinnesstämning hela tiden är ljus och lycklig.

Min sinnesstämning beskrivs av siffran _____

- 2.7. Hur ångestfylld är du? Siffran noll beskriver en situation där du hela tiden är mycket ångestfylld och spänd. Siffran hundra beskriver en situation där du inte upplever ångest alls, du känner dig alltid mycket avslappnad.

Min ångestfylldhet beskrivs av siffran _____

- 2.8. Beskriv din användning av alkohol eller andra droger. Siffran noll beskriver en situation där du använder alkohol eller andra droger dagligen och i så stora mängder att du inte kan klara dina studier och relationer. Siffran hundra beskriver en situation där du inte alls använder alkohol eller andra droger.

Min användning av alkohol eller andra droger beskrivs av siffran _____

- 2.9. Röker du? ☐ nej, ☐ ja, hur mycket? _____
Snusar du? ☐ nej, ☐ ja, hur mycket? _____

- 2.10. Om någon av sakerna ovan inte är så bra som du skulle önska, har du försökt göra något åt saken? Hur har du försökt lösa problemet eller anpassa dig till den rådande situationen?

3. *RELATIONER, FRITID OCH JOBB*

- 3.1. Hur nöjd är du med dina relationer? När du tänker på dina relationer i allmänhet, vilket betyg ger du dem?

Mina relationer beskrivs av siffran _____

- 3.2. Vad gör du på fritiden (utanför studierna)?

☐ jag motionerar ca ____ h/vecka, vilket slags motion _____

☐ jag gör nästan ingenting på fritiden / jag har ingenting att göra på fritiden

☐ nästan all min tid går åt till studier, jag hinner nästan inte göra något annat

- 3.3. Om någon av sakerna ovan inte är så bra som du skulle önska, har du försökt göra något åt saken? Hur har du försökt lösa problemet eller anpassa dig till den rådande situationen?

4. *KONTAKT MED STUDERANDEHÄLSOVÅRDEN*

Finns det något annat som du skulle vilja ta upp här?

Vid hälsoundersökningen kan du tillsammans med hälsovårdaren gå igenom saker som är viktiga för dig och du kan vid behov skickas vidare till t.ex. läkare. Du kan be om att bli kallad till hälsoundersökning. Tyvärr kan vi inte kalla riktigt alla som önskar det till hälsoundersökning.

☐ jag skulle vilja bli kallad till hälsoundersökning, varför: _____

Hälsointervjumodeller

Här presenteras tre blanketter: intervjublanketterna från studerandehälsovården i Villmanstrand resp. Åbo samt SHVS:s blankett

Studerandehälsovården
Villmanstrand/Imatra

FÖRHANDSUPPGIFTER FÖR HÄLSOUNDERSÖKNING
Konfidentiell _____ / _____ 200__

Läroanstalt/studieinriktning	Klass	Startdatum	Slutdatum
PERSONUPPGIFTER			
Namn _____		Personbeteckning _____	
Adress på studieorten _____			
tel. _____			
Hemkommun _____			
Hemadress _____			
E-postadress _____			
Civilstånd _____		ogift / gift / sambo / fränskild / änka-änkling	
Närmaste anhörig och tel. _____			

STUDIER

Tidigare utbildning? _____
 Tidigare arbetserfarenhet? _____
 Gjort militärtjänst år _____ Befrielse? _____

Hur tycker du att studierna löper? _____
 Har du någonsin fått stöd- eller specialundervisning? _____

MOTION OCH FRITIDSINTRESSEN

dålig

bra

I hurdan fysisk kondition är du enligt egen bedömning? 1 / / 1
 Hur mycket motionerar du per vecka? _____
 Vilka fritidsintressen har du? _____

MAT OCH VIKT

Äter du: ____morgonmål, ____lunch, ____mellanmål, ____middag, ____kvällsmat?
 Följer du någon specialdiet? _____
 Vilken: _____

Tycker du själv att du borde äta hälsosammare, t.ex. i fråga om fett,
 salt, fibrer eller kalcium? _____
 Hur mycket mjölkprodukter använder du per dag
 (mjölk, yoghurt, ost)? _____
 Vad anser du om din vikt? _____
 Har du ett normalt förhållande till mat? _____
 Upplever du att ditt hälsotillstånd är ____ gott ____ medelmåttigt ____ dåligt?

ALKOHOL OCH DROGER

Röker du?
 Snusar du?

<i>nej</i>	<i>ja</i>	<i>mängd/ dygn</i>	<i>ålder när jag började</i>

Har du i berusningssyfte använt
 läkemedel/läkemedel och alkohol/lösningsmedel?
 Har du prövat på narkotika?
 Använder du narkotika?

<i>nej</i>	<i>ja</i>	<i>mitä</i>

HÄLSOTILLSTÄND

Har du någon långtidssjukdom? Vilken/vilka? _____

Undersökningar på sjukhus/psykiatrisk poliklinik eller -avdelning/mentalvårdscentral/

A-klinik/missbrukarenhet? _____

Läkemedelsallergier? _____

Har du något av följande besvär?	nej	ja	vad
Allergi			
Eksem			
Astma			
Huvudvärk			
Besvär från nacke och axlar			
Magbesvär			
Ont i ryggen			
Annat			

Har ditt liv störts av?	nej	ja		nej	ja
JPsyisk spänning			Ängest/oro		
Stress			Ensamhet		
Sömnlöshet			Trötthet		
Depression			Väld		
Rädsla			(familj/parrelation/mobbning)		
			Något annat		

Hur många timmar sover du kl. 22.00 -7.00? _____ timmar

Har dina föräldrar, far- eller morföräldrar eller syskon något av följande?	nej	ja
Diabetes		
Hjärt-/cirkulationssjukdom		
Psykiska problem		
Något annat		

	nej	ja	vad
Använder du receptbelagda mediciner?			
Andra mediciner?			

Vaccinationer? Tetanus-d år _____ MPR år _____

FRÅGOR TILL KVINNOR

Ålder då menstruationen började _____ år	Menstruationssmärtor	<div>ja</div>	<div>nej</div>
Blödningen pågår _____ dygn	Har du uppmanats att undersöka bröstet	<div>ja</div>	<div>nej</div>
Menstruationscykelns längd _____ dygn	Graviditeter/ären		
Senaste gynekologkontroll _____ år	Dina preventivmetoder		
Senaste papa-prov _____ år			

FRÅGOR TILL MÄN

Har du besvär från könsorganen	<div>ja</div>	<div>nej</div>
Har du sveda/flytning vid urinering	<div>ja</div>	<div>nej</div>

FRÅGOR TILL KVINNOR OCH MÄN

Har du haft 3 eller flera sexpartners under det senaste året	<div>ja</div>	<div>nej</div>
--	---------------	----------------

FINNS DET NÅGOT DU SKULLE VILJA FRÅGA OM/DISKUTERA?

<div>ja</div>	<div>nej</div>
---------------	----------------

FRÅGA TILL STUDERANDE VID YRKESHÖGSKOLA

Vill du bli kallad till hälsoundersökning?

<div>ja</div>	<div>nej</div>
---------------	----------------

PERSONUPPGIFTER

DATUM _____

Efternamn, förnamn		Person- teckning	
Gatuadress		Telefon	
Postnummer och -ort		E-mail	
Läroanstalt		Hemkommun	
Studieriktning/ Klasskod			
Från vilken skola kommer du?			

HÄLSOTILLSTÅND

Tidigare sjukdomar:

- Långtidssjukdomar: _____

- Sjukhusvård och operationer: _____

Medicinering: - Receptbelagda läkemedel du använder: _____

- Receptfria läkemedel, naturprodukter, kosttillskott: _____

- Läkemedelsallergier: _____

Vaccinationer: Tet-D ddmåå _____ MPR ddmåå _____

Längd: _____ cm Vikt: _____ kg

Gjort militärtjänst år: _____ Befrielse: _____

När har du senast fått tandvård? _____

Bakgrundsdata: har någon nära släkting (= familjemedlemmar, mor- och farföräldrar, föräldrarnas syskon) någon långtidssjukdom (t.ex. hjärt- eller blodtryckssjukdom, slaganfall, astma, diabetes, cancer, migrän, reuma, keliaki, missbruks- eller psykiska problem) _____

Nuläge:

Har du på senaste tiden lidit av:	Ja	Nej	Har du på senaste tiden varit?	Inte alls	Ganska ofta	Ofta
Besvär från nacke och axlar			Spänd			
Besvär från nedre delen av ryggen			Stressad			
Ledbesvär			Deprimerad			
Magbesvär			Ångestfylld			
Huvudvärk						
Yrsel						
Trötthet			Har du någon gång i livet:	Ja	Nej	
Sömnstörningar						
Hjärtklappning, rytmstörningar			Upplevt en nära anhörigs död?			
Långvarig hosta eller snuva			Varit med om en allvarlig olycka?			
Någon återkommande inflammation						
Hudproblem						
Allergi, för vad?			Utsatts för våld?			
Något annat,			Blivit mobbad?			
... vad?						

MOTION

Hurudan fysisk kondition har du?



1

5



Vilket fortskaffningsmedel använder du _____

för att ta dig till skolan eller uträtta ärenden?

Brukar du motionera? Vilket slags motion? _____

KOST

Hur ofta äter du en varm måltid? _____

Din vanligaste måltidsdryck? _____

Vad anser du om din vikt? _____

Har du hårdbantat

Har du ett normalt förhållande

någon gång? _____

till mat? _____

Följer du någon specialdiet? Vilken? _____

Tycker du att du borde äta hälsosammare t.ex. i fråga om fett, salt, fibrer

eller kalcium? _____

ALKOHOL OCH DROGER

Röker/snusar du för närvarande? Nej ☐ Ja ☐ Hur mycket? _____

Vill du sluta? _____

Har du använt/prövat på narkotika? _____

Nej ☐ Ja ☐

Har du använt läkemedel eller läkemedel + alkohol i berusningssyfte? _____

Nej ☐ Ja ☐

Hur ofta dricker du alkohol ("bastuölen" medräknad)? _____

Hur ofta dricker du dig full? _____

Har din alkoholkonsumtion under det senaste året

minskat ☐

varit oförändrad ☐

ökat? ☐

SEXUELL HÄLSA

Behöver du preventivmedel för närvarande? Nej ☐ Ja ☐ Din preventivmetod? _____

Behöver du vara orolig för könssjukdomar? _____

FRÅGOR TILL KVINNOR

Senaste gynekologkontroll? _____ (år)

Senaste PAPA-prov _____ (år)

Menstruationscykelns längd _____ (dygn)

Undersöker du bröstet regelbundet? Ja ☐ Nej ☐

Graviditeter (även missfall och aborter) _____ (år)

RELATIONER, FRITIDSINTRESSEN

Är du nöjd med ditt förhållande till dina föräldrar? _____

Om du sällskapar/lever i en parrelation, är du nöjd med relationen? _____

Är du nöjd med dina övriga relationer? _____

Kan du om du vill tala öppet med en närstående om ditt liv och dina problem? _____

Känner du dig ensam? _____

Hur kopplar du av / vad gör du på fritiden? _____

EGEN BEDÖMNING AV HÄLSOTILLSTÅNDET

Hur bedömer du ditt nuvarande hälsotillstånd? _____

Gott ☐

Ganska gott ☐

Medelmåttigt ☐

Ganska dåligt ☐

Dåligt ☐

Vilken/vilka förändringar skulle kunna främja din hälsa och ditt välbefinnande? _____

STUDIER

Känner du att du valt rätt utbildningsområde? _____

Nej ☐ Ja ☐

Har du haft eller har du inlärnings svårigheter? _____

Nej ☐ Ja ☐

Har du problem med att tala inför andra? _____

Nej ☐ Ja ☐

Jobbar du vid sidan av studierna? _____

Nej ☐ Ja ☐

VILKA TROR DU DE VIKTIGASTE HÄLSORISKERNA ÄR I DITT FRAMTIDA YRKE?

SAKER JAG SKULLE VILKA DISKUTERA/FRÅGA OM VID HÄLSOUNDERÖKNINGEN: _____



PERSONUPPGIFTER

Personbeteckning		
Efternamn		
Alla förnamn		
Adress		Postort
Telefonnummer		
E-postadress	Får användas <input type="checkbox"/>	Får ej användas <input type="checkbox"/>
Hemland (om ej Finland)		Hemkommun
Modersmål		Bästa gemensamma språk/kommunikationspråk

UPPGIFTER OM STUDIERNÄ

Läroanstalt/Fakultet				Studierna inleddes år							
Grundstudier		<input type="checkbox"/>	Fortsatta studier		<input type="checkbox"/>						
Tidigare examina?											
Ett hurudant grepp om studierna har du fått enligt din egen bedömning?											
bra		<input type="checkbox"/>	tillfredsställande		<input type="checkbox"/>	dåligt		<input type="checkbox"/>	vet inte		<input type="checkbox"/>

FYLL I UPPGIFTER OM DINA VACCINATIONER / ta med ditt vaccinationskort

Polio	Tetanus-difteri
MPR	Andra



Namn Personbeteckning

SJUKDOMAR INOM DEN NÄRMASTE SLÄKTEN (föräldrar, syskon, mor- och farföräldrar)

(Ange även hos vem följande sjukdomar har konstaterats)

Astma, allergi	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	
Hjärt-, kärlsjukdom	<input type="checkbox"/>	
Något annat, vad?	<input type="checkbox"/>	

AV LÄKARE DIAGNOSTISERADE SJUKDOMAR

Astma eller annan lungsjukdom	<input type="checkbox"/>	Ätstörning	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Panikstörning	<input type="checkbox"/>
Urinvägsinfektion	<input type="checkbox"/>	Depression	<input type="checkbox"/>
Något annat, vad?			
Regelbunden medicinering			

rörelsehinder	<input type="checkbox"/>	synskada	<input type="checkbox"/>	hörselskada	<input type="checkbox"/>
Någon annan långtidssjukdom	<input type="checkbox"/>				
Läkemedelsallergi?					
Hurudant är ditt hälsotillstånd enligt din egen uppfattning					
bra	<input type="checkbox"/>	ganska bra	<input type="checkbox"/>	medelmåttigt	<input type="checkbox"/>
				ganska dåligt	<input type="checkbox"/>
				dåligt	<input type="checkbox"/>

KOST

	ja	nej
Är dina matvanor hälsosamma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du hårdbantat någon gång?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du ett problematiskt förhållande till mat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Följer du någon specialdiet, vilken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MOTION

Hurudan kondition har du enligt din egen uppfattning?					
bra	<input type="checkbox"/>	ganska bra	<input type="checkbox"/>	medelmåttig	<input type="checkbox"/>
				ganska dålig	<input type="checkbox"/>
				dålig	<input type="checkbox"/>
Vilket slags motion sysslar du med och hur ofta?					
Om du håller på med tävlingsidrott, vilken gren?					



ALKOHOL OCH DROGER

Röker du?	nej	<input type="checkbox"/>	mindre än en gång i veckan	<input type="checkbox"/>	varje vecka	<input type="checkbox"/>
	dagligen	<input type="checkbox"/>	_____ st/dag			
					Ja	Nej
Dricker du alkohol?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du använt narkotika, om ja - vilken typ?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEXUELL HÄLSA

	Ja	Nej
Är din sexualitet till glädje/tillfredsställelse för dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sällskapar du?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behöver du preventivmedel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vet du tillräckligt om könssjukdomar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RELATIONER, FRITIDSINTRESSEN, BOSTADSFÖRHÅLLANDEN

	Ja	Nej
Känner du dig ensam, eller har du andra relationsproblem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan du prata om dina problem med någon närstående om du vill?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns det problem i dina bostadsförhållanden eller din ekonomiska situation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vilka fritidsintressen har du?		

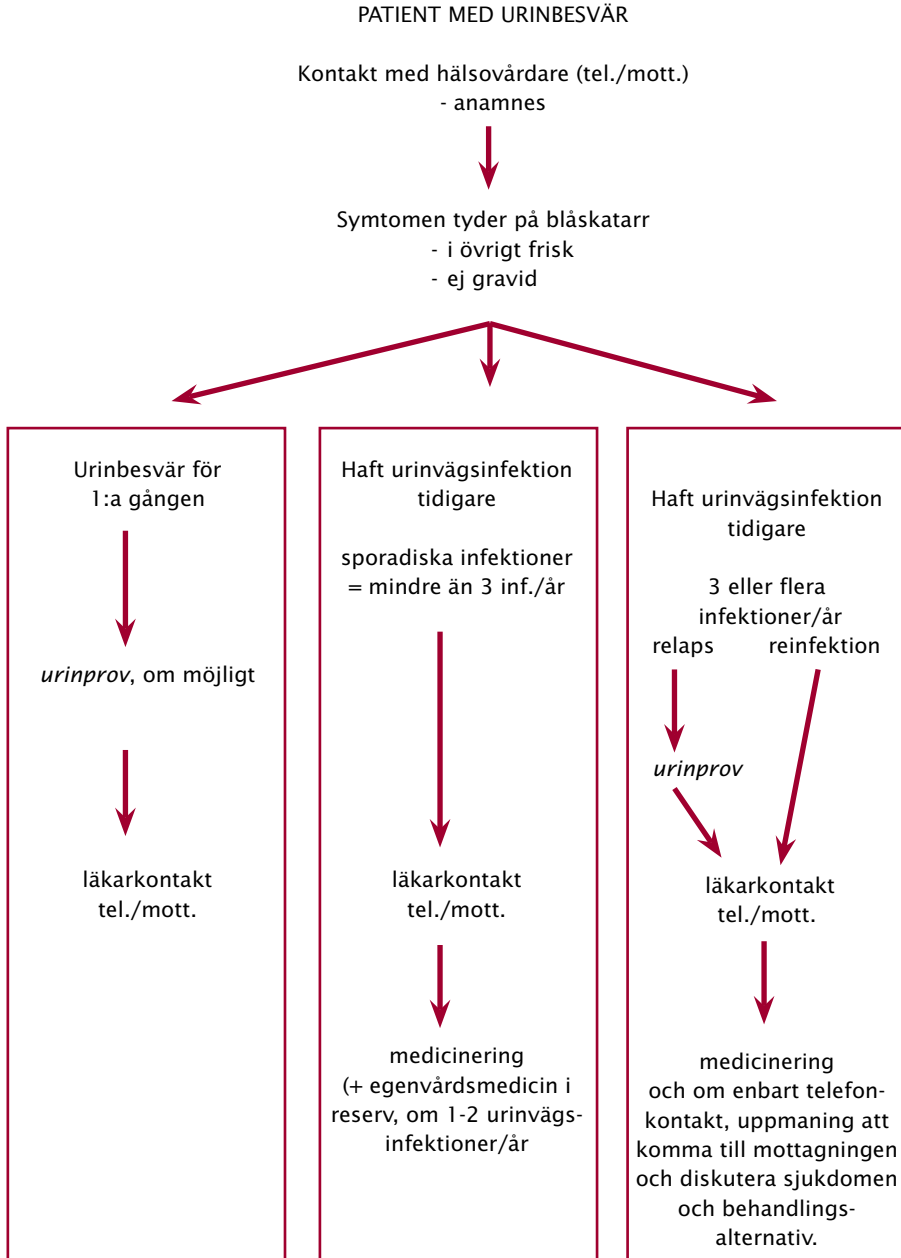
Har du den senaste tiden haft besvär med?	Ja	Ja
svår acne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
yrsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trötthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
magbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hjärtklappning; rytmstörningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
långvarig hosta eller snuva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eksem		<input type="checkbox"/>
huvudvärk		<input type="checkbox"/>
sömnstörningar		<input type="checkbox"/>
ryggbesvär		<input type="checkbox"/>
besvär från nacke och axlar		<input type="checkbox"/>
andnöd		<input type="checkbox"/>

Har du upplevt någon krissituation som du skulle vilja prata om? (mobbing, en närståendes död, en allvarlig olycka, utsatts för våld e.d.)

Är det något annat som t.ex. gäller din hälsa som du tycker att inte kom fram i formulären?

Vårdpraxis vid urinbesvär

Handlingsmodell som används av Studenternas Hälsovårdsstiftelse.



Om telefonkontakt, över-
väg när patienten skall
ges ordentlig information
om urinvägsinfektioner

Ta reda på om patienten
har "koll på läget"?

Självskattning för sinnesstämning BDI-13

Detta frågeformulär som handlar om sinnesstämningssymtom är tänkt att vara ett verktyg vid screening av depressionssymtom hos ungdomar t.ex. vid ett mottagningsstillfälle. Frågorna 1–13 gäller egentliga sinnesstämningssymtom och vid poängsättningen beaktas enbart svaren på de här frågorna. Fråga 14 gäller ångest.

Den unga personen fyller själv i formuläret genom att ringa in ett svarsalternativ för varje fråga. I varje fråga beskriver det första alternativet ett positivt känslotillstånd eller en positiv tanke. Alternativ 2 är neutralare, men beskriver ännu inte depressionsrelaterade drag i sinnesstämningen. De följande påståendena behandlar depressionssymtom som ökar i intensitet och djup så att alternativ 3 beskriver ett lindrigare symtom än alternativ 5.

Svaren poängsätts på följande sätt:
svarsalternativ 1–2 = 0 p, 3 = 1 p, 4 = 2 p, 5 = 3 p.

Det maximala poängtalet för frågorna 1–13 är 39.

Det sammanlagda poängtalet kan delas upp enligt depressionssymtomens djup:

0–4 poäng	= inga depressionssymtom,
5–7 poäng	= lindriga depressionssymtom,
8–15 poäng	= måttlig depression,
över 16 poäng	= allvarlig depression.

Poängtalerna är riktgivande och man kan inte ställa någon depressionsdiagnos utifrån dem, men man kan använda dem som hjälp vid screening och preliminär bedömning. Man kan också utnyttja formuläret vid uppföljningen och med dess hjälp visa för den unga personen t.ex. om symtomen lindrats eller återkommit. Med vissa ungdomar kan det vara lättare att inleda ett samtal om sinnesstämningen med hjälp av frågorna i formuläret.

SJÄLVSKATTNING FÖR SINNESSTÄMNING BDI-13

1. Hurudan är din sinnesstämning?

- 1 min sinnesstämning är rätt ljus och bra
- 2 jag är inte nedstämd eller sorgsen
- 3 jag känner mig nedstämd och sorgsen
- 4 jag är hela tiden nedstämd och kommer inte ur det
- 5 jag är så deprimerad och nere att jag inte står ut längre

2. Hur förhåller du dig till framtiden?

- 1 jag känner mig förhoppningsfull inför framtiden
- 2 jag känner inte hopplöshet inför framtiden
- 3 framtiden känns ganska deprimerande
- 4 jag känner att jag inte har något att vänta av framtiden
- 5 framtiden känns hopplös och jag orkar inte tro att det ska bli bättre

3. *Hur tycker du att ditt liv har varit?*
- 1 jag har lyckats väldigt ofta
 - 2 jag känner mig inte som en förlorare
 - 3 jag tycker att jag har misslyckats mer än vanligt
 - 4 mitt liv har varit en rad av misslyckanden
 - 5 jag känner mig helt misslyckad som människa
4. *Hur nöjd eller missnöjd känner du dig?*
- 1 jag är rätt nöjd med livet
 - 2 jag är inte särskilt nöjd
 - 3 jag njuter inte av saker på samma sätt som förr
 - 4 jag tycker att nästan ingenting ger mig tillfredsställelse längre
 - 5 jag är missnöjd med allt och alla
5. *Hurudan tycker du att du är?*
- 1 jag tycker att jag är rätt bra
 - 2 jag tycker inte att jag är dålig eller värdelös
 - 3 jag känner mig rätt ofta dålig och värdelös
 - 4 nuförtiden känner jag mig nästan alltid värdelös
 - 5 jag är helt enkelt dålig och värdelös
6. *Känner du dig besviken?*
- 1 jag är nöjd med mig själv och mina prestationer
 - 2 jag är inte besviken på mig själv
 - 3 jag är besviken på mig själv
 - 4 jag är utled på mig själv
 - 5 jag hatar mig själv
7. *Har du tankar om att skada dig själv?*
- 1 jag har aldrig haft självmordstankar
 - 2 jag har inga sådana tankar och jag vill inte skada mig själv
 - 3 jag tycker det skulle vara bättre om jag var död
 - 4 jag har ingående planer på självmord
 - 5 jag skulle ta livet av mig om jag bara hade tillfälle till det
8. *Vad tycker du om att träffa främmande personer?*
- 1 jag gillar att träffa folk och prata med dem
 - 2 jag har inte tappat intresset för andra människor
 - 3 jag är inte längre lika intresserad av andra människor
 - 4 jag har tappat det mesta av intresset och känslorna för andra människor
 - 5 jag har tappat intresset för andra människor och bryr mig inte alls om dem
9. *Hur tycker du det är att fatta beslut?*
- 1 jag har lätt att fatta beslut
 - 2 jag kan fatta beslut på samma sätt som förr
 - 3 jag har blivit osäkrare och försöker skjuta upp beslut
 - 4 jag har stora svårigheter att fatta beslut
 - 5 jag kan inte fatta några beslut alls längre
10. *Hur uppfattar du dig och ditt utseende?*
- 1 jag är rätt nöjd med mitt utseende och mig själv
 - 2 det finns ingenting som stör mig i mitt utseende
 - 3 jag är orolig för att jag inte är attraktiv
 - 4 jag tycker att jag är ful
 - 5 jag är säker på att jag är ful och fränstötande

11. Hur har du det med sömnen?

- 1 jag har inga sömnproblem
- 2 jag sover lika bra som förr
- 3 när jag vaknar på morgonen är jag mycket tröttare än förr
- 4 jag har problem med sömnlöshet
- 5 jag lider av sömnlöshet, har svårt att somna eller vaknar för tidigt

12. Känner du dig trött eller utmattad?

- 1 trötthet är nästan helt obekant för mig
- 2 jag blir inte lättare trött än vanligt
- 3 jag blir lättare trött än vanligt
- 4 jag blir trött och utmattad av minsta lilla
- 5 jag är för trött för att göra någonting alls

13. Hur har du det med aptiten?

- 1 jag har inga problem med aptiten
- 2 min aptit är oförändrad
- 3 jag har sämre aptit än förut
- 4 jag har mycket sämre aptit än förut
- 5 jag har nästan ingen aptit alls

14. Har du ångest eller känner du dig spänd?

- 1 jag tycker att jag har rätt goda nerver och får inte ångest särskilt lätt
- 2 jag tycker inte att jag har ångest eller "dåliga nerver"
- 3 jag får ångest och spänner mig ganska lätt
- 4 jag får ångest, mår dåligt och spänner mig väldigt lätt
- 5 jag har ångest och mår dåligt hela tiden, det känns som om mina nerver är "helt slut"

Källor:

Beck AT, Beck RW. 1972. Screening depressed patients in family practice. *Postgrad Med*; 52: 81–85.

Raitasalo R. 1995. Elämänhallinta sosiaalipolitiikan tavoitteena. Helsinki: Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 1.

Haarasilta L, Marttunen M. 2000. Nuorten depressio, Tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille, Kansanterveyslaitos, Mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto.

www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/ohjeet_ja_suositukset/nuortendepressio.pdf

Screening för psykisk hälsa

Nedan frågor vi hur du bedömer följande frågor hos dig själv. Svara genom att skriva den siffra som motsvarar svarsalternativet inom parentes. BEDÖM DIN SITUATION SOM DEN ÄR I DAG.

Svarsalternativen är följande:

- (-2) saken är VERKLIGEN ETT PROBLEM för mig och den påverkar mitt liv i avgörande grad i dag
 - (-1) är HELT KLART ETT PROBLEM, MEN BESVÄRAR MIG INTE och/eller inte särskilt mycket
 - (0) har inte haft anledning att tänka desto mera på saken
 - (+1) har upplevt saken som positiv
 - (+2) är en sak som verkligen GER MIG TILLFREDSSTÄLLELSE
 - (?) svårt att säga
-
- () få grepp om studierna
 - () tala inför andra, t.ex. hålla föredrag
 - () få kontakt med studiekamrater och folk i allmänhet
 - () kontakt med det motsatta könet
 - () min sexualitet
 - () mitt förhållande till föräldrarna
 - () planera framtiden
 - () mina egna resurser och talanger
 - () min sinnesstämning överlag

Tolkningsanvisning: Screeningen mäter stress och kompetens.

Saker som upplevs som problematiska anges med minustecken framför, -2 eller -1, och tolkas som stressorsaker. Summavariabeln (stresspoängen) erhålls genom sammanräkning av de här svarsalternativens absoluta värden, klassificering:

0-2 p. (obetydlig stress)
3 p. eller mera (mycket stress)

De positiva alternativen ger kompetenspoäng som beskriver resurserna, klassificering:

0-7 p. (obetydlig kompetens)
8 p. eller mera (god kompetens)

Källa:

Saari S. Saari S. 1979. Terveystarkastukset ehkäisevän mielenterveystyön muotona. Mielenterveysseulan kehittämistyö. Helsinki: Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia ja selvityksiä 2.

SCOFF – screening för ätstörningar

1. *Försöker du kräkas därför att du känner dig obehagligt mätt?*

- 1. ja
- 2. nej

2. *Är du orolig för att inte längre kunna kontrollera hur mycket du äter?*

- 1. ja
- 2. nej

3. *Har du gått ner mer än sex kilo under de tre senaste månaderna?*

- 1. ja
- 2. nej

4. *Tycker du att du är tjock fast andra säger att du är smal?*

- 1. ja
- 2. nej

5. *Tycker du att maten dominerar ditt liv?*

- 1. ja
- 2. nej

Tolkning av poängtal:

0 poäng	= inga angivna symtom
1 poäng	= lindriga symtom
2–5 poäng	= betydande symtom

Källa:

Hautala L, Liuksiala P-R, Räihä H, Väänänen A-M, Jalava A, Väinälä A, Saarijärvi S. 2005. Häiriintynyt syömiskäyttäytyminen ja sen varhainen toteaminen koulu-terveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti 2005; 60: 4599–4605.

Audit

(Alcohol Use Disorders Identification Test)

EN PORTION ALKOHOL = en flaska (33 cl) mellanöl eller cider
 ett glas (12 cl) lättvin
 ett litet glas (8 cl) starkvin
 en restaurangportion (4 cl) starksprit

1. *Hur ofta dricker du alkohol?*
 - 0 Aldrig
 - 1 cirka en gång i månaden eller mindre
 - 2 2–4 gånger i månaden
 - 3 2–3 gånger i veckan
 - 4 4 gånger i veckan eller oftare
2. *Hur många portioner alkohol har du vanligen druckit de dagar då du använt alkohol?*
 - 0 1–2 portioner
 - 1 3–4 portioner
 - 2 5–6 portioner
 - 3 7–9 portioner
 - 4 10 portioner eller mer
3. *Hur ofta har du druckit sex alkoholportioner eller mer per gång?*
 - 0 Aldrig
 - 1 Mindre än en gång i månaden
 - 2 En gång i månaden
 - 3 En gång i veckan
 - 4 Dagligen eller nästan dagligen
4. *Hur ofta under det gångna året har det gått så att du inte kunnat sluta när du väl börjat dricka?*
 - 0 Jag kan alltid sluta
 - 1 Mindre än en gång i månaden
 - 2 En gång i månaden
 - 3 En gång i veckan
 - 4 Dagligen eller nästan dagligen
5. *Hur ofta under det senaste året har det hänt att du på grund av ditt drickande inte fått gjort något som du hade tänkt göra?*
 - 0 Drickandet hindrar aldrig mina planer
 - 1 Mindre än en gång i månaden
 - 2 En gång i månaden
 - 3 En gång i veckan
 - 4 Dagligen eller nästan dagligen

6. *Hur ofta under det senaste året har du behövt en återställare?*
- 0 Aldrig
 - 1 Mindre än en gång i månaden
 - 2 En gång i månaden
 - 3 En gång i veckan
 - 4 Dagligen eller nästan dagligen
7. *Hur ofta under det senaste året har du haft skuld känslor eller ångrat dig när du druckit?*
- 0 Aldrig
 - 1 Mindre än en gång i månaden
 - 2 En gång i månaden
 - 3 En gång i veckan
 - 4 Dagligen eller nästan dagligen
8. *Hur ofta under det senaste året har du upplevt att du på grund av drickandet inte kommit ihåg vad som hänt kvällen innan?*
- 0 Jag kommer alltid ihåg vad som hände
 - 1 Mindre än en gång i månaden
 - 2 En gång i månaden
 - 3 En gång i veckan
 - 4 Dagligen eller nästan dagligen
9. *Har du skadat dig själv eller har någon annan stött sig eller fått skador till följd av ditt alkoholbruk?*
- 0 Nej
 - 2 Ja, men inte under det gångna året
 - 4 Ja, under det gångna året
10. *Har någon närstående, en vän, en läkare eller någon annan varit bekymrad över ditt alkoholbruk eller föreslagit att du borde börja dricka mindre?*
- 0 Nej
 - 2 Ja, men inte under det gångna året
 - 4 Ja, under det gångna året

JAG DRICKER _____ portioner I VECKAN

JAG FICK _____ poäng I TESTET

Om du fick 8 poäng eller mer
eller om din veckokonsumtion är över 16 portioner (kvinna)
eller över 24 portioner (man),
har du anledning att stanna upp och tänka över din alkoholkonsumtion.

**Verktyg för utredning av missbruk hos ungdomar
(ADSUME)**

Formulär, tolkningar och handlingsmodeller i separata bilagor

**VERKTYG FÖR UTREDNING AV MISSBRUK HOS UNGDOMAR
inom studerandehälsovården**

Syftet med det här frågeformuläret inom studerandehälsovården är att bedöma din eventuella användning av tobak, alkohol och droger. Hälsovårdaren pratar i förtroende med dig om resultaten av missbruksmätaren i samband med hälsoundersökningen. Att ni pratar i förtroende betyder att hälsovårdsmyndigheterna (hälsovårdare, läkare osv.) har tystnadsplikt i sitt yrke.

Ringa in de alternativ som beskriver din användning av tobak, alkohol och droger under de senaste åren.

1. Röker eller snusar du?

- 0. Nej
- 1. Jag röker (snusar) då och då
- 2. Jag röker (snusar) dagligen

Hur gammal var du när du började röka? _____

2. Har du provat på eller använt berusningsmedel under det senaste året?

- 0. Nej
- 1. Alkohol
- 4. Mediciner, för att 'bli yr i huvudet'
- 4. Lösningssmedel (sniffning)
- 4. Narkotika, vad _____
- 4. Något annat berusningsmedel, vad _____
- 5. Alkohol och något av ämnena ovan samtidigt (blandbruk)

Hur gammal var du när du provade första gången? _____

Om du svarade "Nej" på föregående fråga kan du gå vidare till fråga 14.

3. Hur ofta har du provat på eller använt berusningsmedel (andra än tobak) under det senaste året?

- 1. 1–3 gånger
- 2. 4–6 gånger
- 3. Ungefär en gång i månaden
- 4. Ett par gånger i månaden
- 5. En gång i veckan eller oftare

När använde du senast och vad _____

4. *Hur många portioner alkohol brukar du dricka de dagar som du dricker alkohol?*
0. Jag dricker inte alkohol
 1. 1–2 portioner
 2. 3–4 portioner
 3. 5–6 portioner
 4. 7 eller flera portioner, hur många _____
5. *Har du kommit för sent till skolan, gått hem mitt under dagen eller stannat hemma på grund av att du använt berusningsmedel?*
0. Aldrig
 1. En gång
 3. 2–3 gånger
 4. 4 gånger eller oftare
6. *Har du gjort något av följande när du varit berusad? (Du kan ringa in flera alternativ)*
- d. Jag har skadat mig
 - d. Jag har skadat någon annan
 - d. Jag har åkt med i en bil som kördes av en berusad
 - d. Jag har själv kört ett fordon när jag var berusad
 - d. Jag har skadat egendom eller stulit
 - d. Jag har haft sex och ångrat det efteråt
- a. Jag har inte råkat illa ut. Om du inte har råkat illa ut kan du gå vidare till fråga 8.
7. *Hur ofta har du gjort på det ovannämnda sättet?*
1. En gång
 2. Två gånger
 4. Oftare
8. *Hur ofta har det hänt att du varit berusad och inte kommer ihåg efteråt vad du gjorde eller vad som hände? ("Tappade du minnet?")*
0. Aldrig
 1. En gång
 3. Oftare
9. *Har du "slocknat"?*
0. Aldrig
 1. En gång
 4. Oftare
10. *Varför använder du berusningsmedel?*
- a. För sällskapetets skull med kompisarna
 - a. För att ha roligt
 - d. För att koppla av
 - d. För att jag mår dåligt och det lättar att använda berusningsmedel
 - d. För att bli full eller "yr i huvudet"
 - d. Av någon annan orsak, vilken _____
-

11. Hur skulle du bedöma din användning av berusningsmedel?

12. Har någon av dina vänner eller närstående varit bekymrad för din användning av berusningsmedel eller föreslagit att du skulle dra ner på användningen?

- a. Nej
- b. Vi har pratat en gång
- d. Vi har pratat flera gånger

13. Vet dina föräldrar hur mycket berusningsmedel du använder?

- a. Ja
- b. Nej

14. Har någon av dina närmaste vänner provat på narkotika?

- a. Nej
- b. En person
- c. 2–5 personer
- d. Fler än 5 personer

15. Vad anser du överlag om unga vuxnas användning av berusningsmedel?

TACK FÖR DITT SVAR!

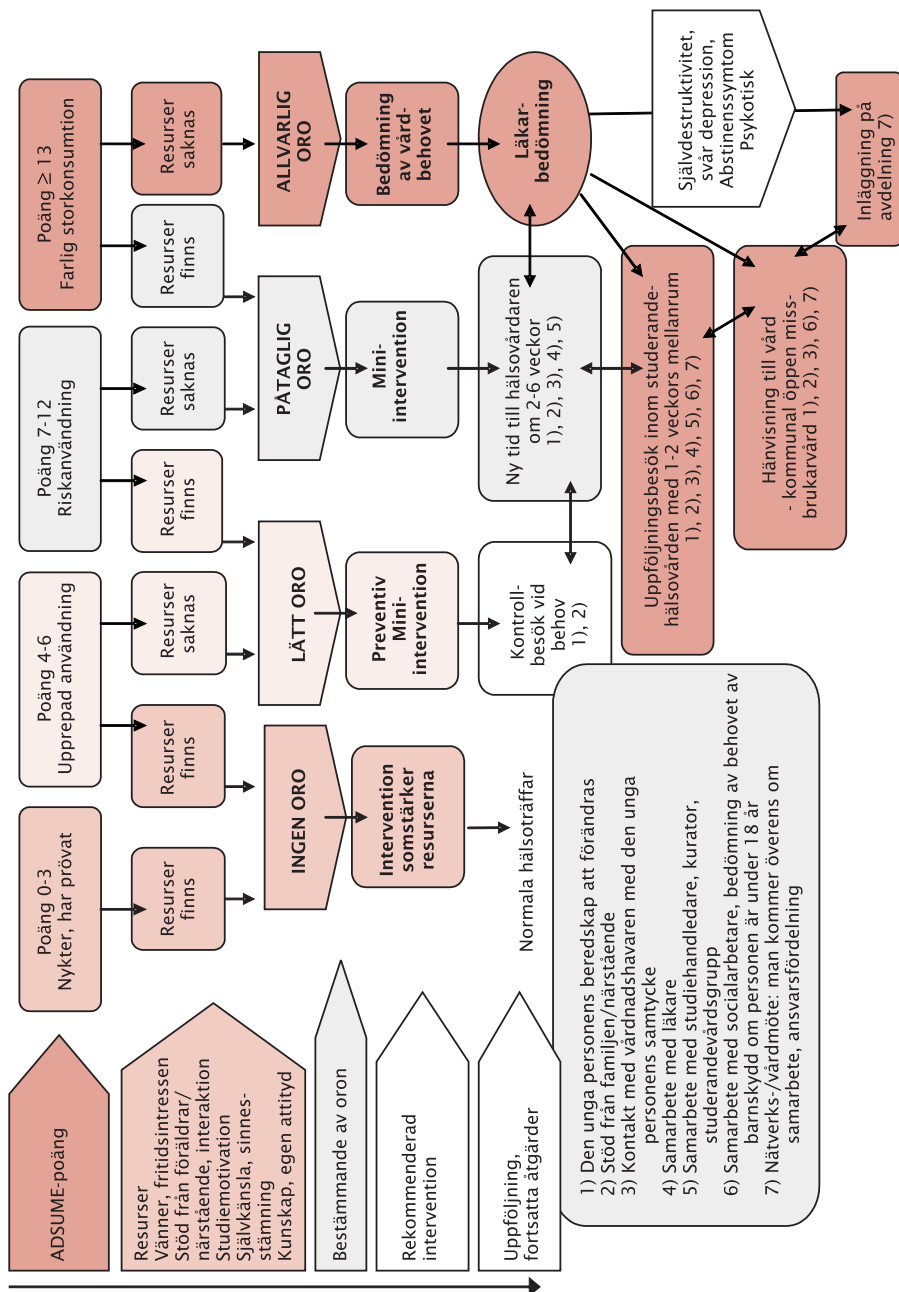
Copyright © M. Pirskanen, t. 044718 6 544

ADSUME-poäng (16–20 -åringar), de fyra nivåerna av alkohol- och drogbruk, utredning av bekymmerszoner och behovet av samarbete i samband med alkohol- och drogbruk, samt rekommenderad intervention

Poäng	Beskrivning av den	Bestämmande av bekymmerszonen	Rekommenderad intervention
Alkohol och tobak ¹⁾	Andra droger ²⁾	och behovet av samarbete	
0–3	Nycter eller provat sporadiskt	Ingen anledning till oro	Intervention som stärker resurserna - Positiv feedback på att personen är nycter eller bara provat sporadiskt - Diskussion om hur man kan klara av situationer där det kan bjudas på alkohol och droger och om lagom stora alkoholportioner samt om s.k. situationsnykterhet.
4–6	Upprepad användning	Lätt oro, gott förtroende för att den rådgivning hälsovården ger räcker till	Preventiv miniintervention - Det räcker om hälsovården och vid behov läkaren tar upp saken i ett tidigt skede - Empatisk men samtidigt bestämd diskussion med personen - Personens egen bedömning av saken, diskussion om t.ex. kollektiv missuppfattning - Personen uppmuntras att bedöma/ändra sitt beteende - Man kommer överens med personen om kontroll efter 1-6 månader
7–12	Riskbruk som kan vara förknippat med skadliga följder och risk för ökad tolerans 10 poäng - gränsen för storkonsumtion hos vuxna har överskridits eller flera skadliga följdeverkningar	Känbar oro, en s.k. grå bekymmerszon, som bestäms av personens ålder och bedömningen av situationen. Man får en känsla av att hälsovårdens möjligheter att hjälpa inte räcker till och att det behövs hjälp från samarbetspartner. Man får också en konfliktfylld känsla av att man borde kontakta föräldrarna och har anmälningsskyldighet samtidigt som man har tystnadsplikt.	Miniintervention (utöver ovanstående) - Hälsovården och vid behov läkaren ger uttryck för sin oro, kommenterar situationen i konstruktiv anda, ger råd, motiverar - Diskussion om personens egen bedömning, ansvar och förändringsvilja - Intensivare samarbete med studerandevårdsgruppen, man följer med skolgången och frånvaron osv. - Skriftligt material som stöd för rådgivningen - Vid behov bedömning av vårdbehovet och uppföljning (skolläkaren eller personens egen läkare, "påldepysäkki" e.d. avtalad vårdinstans i den egna kommunen) - vid behov kontaktas hemmet med personens samtycke, med föräldrarnas ansvar för personens förhållanden som argument Om en person under 18 år inte förbinder sig att förändras eller ta emot vård, berättar man hur allvarlig situationen är och att personalen har lagstadgad skyldighet att rådgöra med barnskyddsmyndigheterna
≥ 13	Farlig storkonsumtion - användningen är förknippad med allvarliga risker som äventyrar personens hälsa och utveckling	Allvarlig oro, många och ständiga bekymmer, skol- och studerandehälsosovårdens egna metoder håller på att bli uttömda, man måste få mera resurser i vårdprocessen.	Bedömning och ordnande av nödvändig vård - Utöver åtgärderna ovan dessutom läkarbedömning och hänvisning av personen till nödvändig vård - Uppföljning - Om personen är under 18 år kommer man vid behov överens om kontakt med hemmet och barnskyddet, barnskyddsanmälan (om inte vårdinstansen sköter det) - Förklara omsorgsfullt för personen varför åtgärderna vidtas, eftersom personen kan förneka situationens allvar.

¹⁾ Poängtal för frågorna 1–9 sammanräknas. ²⁾ Poängtal för fråga 2 och 3 sammanräknas separat.

ADSUME och handlingsschemat inom studerandehälsövården – situationsbedömning och rekommendationer för intervention som stöd för unga och unga vuxna (16–20 år)



Tio personliga frågor om socialt ansvar och alkohol

Det här testet berättar i vilken utsträckning din alkoholkonsumtion påverkar din närmaste omgivning.

1. *"Hej, ta nu en till, jag kan fast bjuda?"*

Har du någonsin pressat eller eggat någon (helt öppet eller indirekt) att dricka alkohol??

- 0. aldrig
- 1. en gång om året eller mera sällan
- 2. en gång under ett halvt år
- 3. en gång i månaden
- 4. en gång i veckan eller oftare

2. *"Nu vet du ju ändå typen, som..."*

Har du någonsin pratat om andra människors personliga angelägenheter på ett sätt som du senare ångrar, och inte skulle ha gjort i nyktert tillstånd?

- 0. aldrig
- 1. en gång om året eller mera sällan
- 2. en gång under ett halvt år
- 3. en gång i månaden
- 4. en gång i veckan eller oftare

3. *"Ja e helt pank just nu, kan du låna lite pengar?"*

Har du någonsin bett/lurat pengar av dina vänner eller föräldrar till t.ex. studentgifter, mat eller kläder och i verkligheten använt pengarna till alkoholo?

- 0. aldrig
- 1. en gång om året eller mera sällan
- 2. en gång under ett halvt år
- 3. en gång i månaden
- 4. en gång i veckan eller oftare

4. *"Åhå, hups..."*

Har du någonsin i fyllan förstört gemensam eller andra människors egendom, och på sätt förorsakat andra än dig själv ekonomisk eller annan förlust??

- 0. aldrig
- 1. en gång om året eller mera sällan
- 2. en gång under ett halvt år
- 3. en gång i månaden
- 4. en gång i veckan eller oftare

5. "Hej borde du måne fara hem?"

Har du någonsin druckit dig så full på en fest att dina mera nyktra vänner varit tvungna att ta hand om dig (t.ex. fört dig hem för att sova)?

- 0. aldrig
- 1. en gång om året eller mera sällan
- 2. en gång under ett halvt år
- 3. en gång i månaden
- 4. en gång i veckan eller oftare

6. "Vaa, vafför dokar du int?!?"

Har du någonsin frågat en nykter person om hon eller han är gravid / med bil / på medicinkur eller bett om andra förklaringar för att hon eller han inte dricker?

- 0. aldrig
- 1. en gång om året eller mera sällan
- 2. en gång under ett halvt år
- 3. en gång i månaden
- 4. en gång i veckan eller oftare

7. "Hej, kommer du på stop?"

Har du någonsin bett en kompis på "ett" stop, då du egentligen planerat att bli full?

- 0. aldrig
- 1. en gång om året eller mera sällan
- 2. en gång under ett halvt år
- 3. en gång i månaden
- 4. en gång i veckan eller oftare

8. "Va nu int såndän igen..."

Hur många gånger har du i fyllan grälat med din vän eller partner?

- 0. aldrig
- 1. en gång om året eller mera sällan
- 2. en gång under ett halvt år
- 3. en gång i månaden
- 4. en gång i veckan eller oftare

9. "Nu ha man ju fått höra lite..."

Har dina kompisar någonsin sagt att du är jobbig i fyllan?

- 0. aldrig
- 1. en gång om året eller mera sällan
- 2. en gång under ett halvt år
- 3. en gång i månaden
- 4. en gång i veckan eller oftare

10. "Du borde kanske lite fundera..."

Har någon nära dig varit orolig över ditt alkoholbruk och föreslagit att du skulle dricka mindre?

- 0 nej
- 2 ja, men inte under det gångna året
- 4 ja, under det gångna året

Hur ditt alkoholbruk påverkar din näromgivning

Räkna ihop poängtalet för varje alternativ du valt, så får du ditt eget poängtal.

- 0 – 7 låg, t.o.m. obefintlig inverkan
- 8 – 10 lite inverkan
- 11 – 14 klart märkbar inverkan
- 15 – 19 stor inverkan
- 20 – 40 väldigt stor inverkan

Om du fick höga poäng i testet kan det löna sig att fundera på hur ditt alkoholbruk påverkar din näromgivning. Är inverkningarna inom rimliga gränser eller blir din näromgivning störd av ditt alkoholbruk? Är du själv nöjd med situationen eller vill du ändra på dina alkoholvanor?

Mera information om alkohol finns på webbadresserna www.taitolaji.fi och www.yths.fi.

Vid kopiering av frågeformuläret måste följande nämnas: "Testet har utarbetats inom hälsoprojektet Mäyräkoirasta sikspäkkiin, som är ett samprojekt mellan Finska Förbundet för Sund Livsstil, Finlands Studentkårers förbund och Studenternas hälsovårdsstiftelse."

En tryckt version av frågeformuläret kan beställas från Finska Förbundet för Sund Livsstil. Formuläret är tryckt på stadigt papper så att man kan vika det i tre delar och ställa det på bordet. Testet har utvärderats av Centret för hälsofrämjande rf.

Programuppläggning för viktkontrollgrupp

Programuppläggning för viktkontrollgrupp, 2006

(Planering och gruppinstruktion: hälsovårdare Marja Väyrynen och psykolog Minna Martin, SHVS Åbo)

En förutsättning för att man skall få komma med i gruppen är klar övervikt (BMI över 28) och ansökan om deltagande görs med en särskild ansökningsblankett. Den studerande kan dessutom ha förhöjt blodtryck och blodsocker. Den som deltar i gruppen skall vara motiverad och engagerad. Högst 8 deltagare tas med på basis av ansökningarna. Avgiften är 20 €.

Gruppen erbjuder stöd för:

- 5–10% viktninskning
- bestående viktkontroll
- bättre hälsotillstånd och välbefinnande
- ökad självkänsla

I ansökningsblanketten uppges vikt, längd, sjukdomar, medicinering samt fritt formulerat varför man vill vara med i gruppen, vad man hoppas att gruppen skall ge och på vilket sätt man är beredd att jobba i gruppen.

1. Presentation. *Hälsovårdare + psykolog*
 - Förväntningar och mål
 - Gruppens verksamhetsprinciper
2. Matvanor. *Hälsovårdare*
 - Matdagbok
 - Att äta regelbundet och planerat (i stället för impulsivt)
3. Vikthistoria. *Psykolog*
 - Livserfarenheternas betydelse för problemets uppkomst
 - Grupparbete och diskussion utifrån hemuppgift.
 - Avslappning
4. Diskussion om målen och en hälsosam diet. *Hälsovårdare*
 - 5–10 % viktninskning
 - Måltidsmodeller och måltidsstorlek
 - Kolhydraternas, fettets (även det dolda fettets), saltets, fibrernas betydelse
 - En lätt, diet med mycket grönsaker
 - Användning av lättprodukter
 - Test (salt, fibrer)
5. Självbilden. *Hälsovårdare*
 - Konflikten mellan den upplevda självbilden och idealjaget
 - Svartvitt tänkande ("allt eller inget") versus barmhärtighet mot sig själv
 - Kroppsbilden
 - Avslappning

6. Hälso tillstånd och välbefinnande. *Hälsovårdare*
- Sömn, hormonell funktion, sockeromsättning
 - Hälsorisker
7. Självreflexion. *Psykolog*
- Hur handlingssätt, tankar, känslor, föreställningar och fysiska förnimmelser är sammantvinnade
 - Beskrivning av handlingssekvens/onda cirklar utifrån hemuppgift, utformning av eventuella "exit"-vägar
 - Att lyssna på kroppens budskap (t.ex. att hungern styr när man äter, mättaden när man slutar)
 - Avslappning
8. Ätande och social gemenskap / kultur. *Hälsovårdare*
- Att möta större helger, gå på visit, dricka alkohol.
 - Att äta långsamt och metoder för självreglering
9. Reglering av känslor. *Psykolog*
- Känslor
 - Stresshanteringsmetoder
 - Återfall, time-out-teknik ("dags för en kopp te")
 - Avslappning
10. Motion. *Psykolog eller fysioterapeut*
- Regelbundenhet, mångsidighet
 - Att hitta sin egen gren, att njuta av motionen (från skam, plågeri och straff till att ta väl hand om sig själv)
 - Vardagsmotion, att öka aktiviteten
 - Att lyssna på sin kropp versus att styras utifrån
 - Att utnyttja gruppens stöd
 - "Finjustering" (puls, motionspassens längd, motion och kost)
11. Samspelet med andra. *Psykolog*
- Socialt stöd, kamratstöd.
 - Familjeförhållandena och atmosfären i familjen
 - Inbördes roller och konstellationer
 - Avslappning
12. Feedback. *Hälsovårdare och psykolog*
- Feedbackuppgifter
- Uppföljande besök
- Gruppen sammankommer på våren, varefter tre uppföljande besök på hösten med en månads mellanrum
 - Fri diskussion och program enligt gruppdeltagarnas önskemål

Programuppläggning för kurs i att våga tala inför andra

(Modellen har använts vid Åbo universitet, med läraren i talkommunikation Marianna Hoikkala och psykolog Minna Martin som gruppinstruktörer. De har lagt upp programmet tillsammans.)

8 träffar / 2 h per gång

1. Presentation, gruppens verksamhetsprinciper, förväntningar och mål, *läraren i talkommunikation + psykologen*
2. Orsaker till rädsla för att tala inför andra, vilka uttryck rädslan tar sig och hur man kan lära sig hantera rädslan ur talkommunikationssynvinkel, *läraren i talkommunikation*
3. Avslappning, personlig bakgrund i fråga om psykisk spänning, självbildens olika sidor, konflikten mellan självbilden och idealbilden, *psykologen*
4. Talteknikens grunder, övningar i andnings- och röstteknik, att förbereda och hålla tal, övningar i att tala inför andra, *läraren i talkommunikation*
5. Avslappning, självreflexion (hur tankar, föreställningar, känslor, symtom och handling är förbundna med varandra), uppväxthistoriens och temperamentets (blyg, känslig) betydelse, *psykologen*
6. Mer om talteknikens grunder, högläsningsövning + feedback, övningar i att tala inför andra, *läraren i talkommunikation*
7. Deltagarna håller tal som spelas in på video + feedback, *läraren i talkommunikation*
8. Avslutning, kursfeedback, *psykologen + läraren i talkommunikation*

Kehrä-projektet för de studerandes välfärd

Från Kehrä-projektet för de studerandes välfärd till nätverk

Kehrä startades av Studenternas Hälsovårdsstiftelse (SHVS), Finlands studentkårers förbund (FSF) och Studerandenas Idrottsförbund (OLL) för att med kollektivt inriktade metoder främja de studerandes hälsa, välfärd och studieförmåga. År 2001 blev Kehrä ett projekt och projektfasen avslutades i slutet av 2004. Efter det har Kehrä fortsatt som ett välfärdstänkande och -nätverk. Nätverket Kehrä erbjuder ett forum där man ur olika synvinklar kan ta upp frågor som rör de studerandes välfärd med hjälp av expertis på olika områden. Kehrä verkar på tre plan: organisations-, studiemiljö- och individplanet. Centret för hälsofrämjande har gjort en extern utvärdering av Kehrä-projektet (Pelto-Huikko ja Ollonqvist 2005).

Kehräns mål och medel

Kehrä har haft som mål att de aktörer som utför välfärdsarbete bland studerande skall bygga upp nätverk både på riks- och lokalplanet. Det här ökar aktörernas kunskap om varandras organisationer, kompetens och verksamhet. Den kunskap och kompetens som samlas i nätverken kan delas så att alla som producerar stödtjänster kan utnyttja dem. Samarbetet stärker de studerandes skydds nät. På lokalplanet inriktar sig samarbetsnätverkens verksamhet bl.a. på orientation för förstaårsstuderande, tutorverksamhet, studiestödsfrågor, ergonomifrågor och utveckling av fritidsverksamheten för studerande.

Ett annat mål är att förändra den finländska studiekulturen i en riktning som gynnar individens och gemenskapens välfärd. Det är möjligt att förändra kulturen genom att: 1) stärka studie- och arbetsgemenskaperna, 2) öka studie- och arbetsgemenskapernas förståelse för gemenskapens betydelse för välfärden, 3) stödja uppkomsten av ett inlärningsklimat som ger feedback, 4) öka studerandegemenskapernas medvetenhet om hur verksamheten påverkar medlemmarnas välfärd, hälsa och studieförmåga, 5) skapa handlingsmodeller som studerandegemenskaperna kan tillämpa för att öka välfärden och ge rekreation samt genom att stärka drogfria alternativ inom studerandekulturen, 6) förbättra de fysiska studieförhållandena samt 7) uppmuntra till tidigt ingripande mot problem.

Ett tredje mål är att förbättra de studerandes livshantering genom att öka deras kunskaper och färdigheter för att upprätthålla och främja hälsan, genom att lära dem hur de kan lösa inlärnings- och studieproblem samt utveckla deras sociala förmåga. För att förbättra individens livshantering ordnas kurser och grupper om kroppsligt och själsligt välbefinnande, till exempel motions- och avslappningsgrupper, kurser i att våga tala inför andra, att skriva sin gradu samt stresshanterings- och parrelationskurser.

Kunskap och god praxis sprids med hjälp av nationella och lokala seminarier och temadagar. Elektroniskt och skriftligt material utarbetas om studiemiljöns fysiska och psykiska hälsoeffekter, det här materialet är till hjälp vid utvecklandet av hälsokompetens (health literacy). För att utveckla verksamheten utförs inom Kehrä även undersökningar, attitydenkäter och situationskartläggningar som rör de studerandes välfärd.

Kehrä-nätverket

Kehrä-projektets verksamhet styrdes av en ledningsgrupp som bestod av företrädare för SHVS, FSF och OLL, Rektorsrådet och Studentforskningsstiftelsen. Efter projektfasen har man för att stödja välfärdsnätverkets arbete inrättat Kehrä-sektionen som är sammansatt på liknande sätt och är underställd SHVS:s nationella grupp för hälsoarbete. Centrala aktörer i det praktiska arbetet är studentkåren, SHVS:s hälsovårdsstationer och universiteten. Andra samarbetspartner är universitetspräster, studeranderestaurangerna, Nytt ry samt andra organisationer. Under projektets gång byggde man upp ett nätverk av Kehrä-kontaktpersoner som består av företrädare för universiteten, studentkåren och SHVS på alla universitetsorter. Nätverket används framför allt för informationsförmedling.

Kehrä-sektionens uppgift är att koordinera Kehrä-verksamheten på riksplplanet. I praktiken innebär det här att man följer med och stödjer universitetens välfärdsarbetsgrupps arbete, sprider god praxis till andra orter och effektivt utnyttjar det producerade materialet. Ett annat mål är att stödja och främja sådana nationella projekt som syftar till att främja den sociala hälsan i studiemiljön.

På lokalplanet är SHVS:s hälsoarbetsgrupper och universitetens välfärdsarbetsgrupper för studerande i nyckelställning. Hälsoarbetsgrupperna planerar och förverkligar hälsofrämjande verksamhet för studerande tillsammans med målgruppen, dvs. de studerande. Företrädare för universiteten medverkar även. Universitetens välfärdsarbetsgrupper inriktar sig på att främja och stödja välfärden i studiemiljön; i de här grupperna medverkar SHVS som sakkunnig.

Kehrä-välfärdsnätverkets resurser och verksamhetsformer

I tre års tid hade Kehrä-projektet en avlönad nationell projektchef. Andra resurser utöver den särskilda finansieringen har varit den tid, personal och finansiering som alla medverkande har satsat, bland annat SHVS:s hälsofrämjande arbete, studerandeorganisationernas välfärdsarbete och universitetens studerandehandledning.

Efter att social- och hälsovårdsministeriets och undervisningsministeriets finansiering upphörde har resurserna omorganiserats. SHVS har avdelat nya resurser för främjande av social hälsa. Inom FSF och studentkåren hör välfärdsarbete till flera aktörers arbetsbeskrivning, bl.a. den social- och utbildningspolitiska verksamheten samt idrottsverksamheten. Universiteten har inrättat välfärdsarbetsgrupper och bl.a. organiserat kurser i att våga tala inför andra och i studieteknik, utvecklat tutorverksamhet och inlett studiepsykologverksamhet.

Enligt utvärderingsrapporten för Kehrä har uppbyggnaden av lokala nätverk lyckats bra, vilket innebär att det finns förutsättningar för främjande av välfärden. De lokala aktörerna har stöd i sitt arbete av färdiga verktyg som samlas på SHVS:s sidor för hälsofrämjande. Under projektfasen genomfördes över 100 lokala projekt som indelats i tre grupper 1) Kroppsligt och själsligt välbefinnande 2) Stödjande av studier och 3) Den sociala gemenskapen vid universiteten och sociala relationer. Många av de verksamhetsmodeller som utvecklats inom projektet har tagits in i SHVS:s, universitetens eller studentkårens normala verksamhet. Projektet ledde även till att man startade projekt som har till syfte att definiera och bedöma studieförmågan resp. minska de studerandes alkoholkonsumtion.

Kehräns verksamhet får också stöd i studerandeforskning. Under Kehrä-projektet slutfördes fem graduavhandlingar om studerandes välbefinnande. Avsikten är fortsättningsvis satsa på forskning. Som ett exempel på detta kan nämnas de fortsättningsprojekt på hälsoundersökningen bland universitetsstuderande 2004 som studerar materialet ur andra synvinklar.

Källor och mer information:

www.yths.fi/kehra

Pelto-Huikko A, Ollonqvist P. 2005. Yhteisöterveyttä yhteistyönä. Kehrä-hankkeen arvioinnin loppuraportti. Helsinki.

Saikkonen P. Kehran työkirja, hurmoksesta hankkeisiin. Terveyttä, hyvinvointia, opiskelukykyisyyttä. Finns på: www.yths.fi/ → Tutkimukset ja julkaisut → op-paat ja selvitykset.

YTHS:n terveyden edistämisen strategia. Finns på: www.yths.fi/ → Terveiden edistäminen

Kvalitetskriterier för hälsorelaterade webbplatser

Framtagna i brett samråd med företrädare för privata och offentliga hälsorelaterade webbplatser (eHealth) och informationsleverantörer, övriga branschföreträdare, offentliga tjänstemän och företrädare för ministerier, internationella organisationer och icke-statliga organisationer. Dessa kriterier bör tillämpas tillsammans med relevant gemenskapslagstiftning.

Öppenhet och ärlighet

- Öppenhet i fråga om webbplatsens producent – *inbegripet* namn, adress och e-postadress till den person eller organisation som ansvarar för webbplatsen (se artiklarna 5 och 6 i direktiv 2000/31/EG om elektronisk handel).
- Öppenhet i fråga om webbplatsens syfte och mål.
- Tydligt angiven målgrupp (närmare uppgifter om syfte och om det finns flera målgrupper kan anges på olika nivåer).
- Öppenhet i fråga om webbplatsens samtliga *finansieringsstöd* (anslag, sponsorer, annonsintäkter, idellt frivilligarbete).

Upphovsinformation

- Tydligt angivna källor till all information som lämnas och källans publiceringsdatum.
- Namnet och kvalifikationer för alla personer och institutioner som tillhandahåller information på webbplatsen, inklusive kvalifikationernas datum.

Skydd av privatlivet och personuppgifter

- Webbplatsens policy för skydd av privatlivet och personuppgifter samt system för behandling av personuppgifter, *inbegripet* behandling av personuppgifter som användarna inte kan upptäcka, skall redovisas tydligt i enlighet med gemenskapens lagstiftning om skydd av personuppgifter (direktiven 95/46/EG och 2002/58/EG).

Uppdatering av information

- Tydlig och regelbunden uppdatering av webbplatsen, med tydligt angivet uppdateringsdatum på varje webbsida och/eller vid varje post när så är nödvändigt. Regelbunden kontroll av informationens relevans.

Ansvar

- *Ansvar* – användarfeedback och tillbörligt ansvar för översyn (såsom en namngiven person för varje webbplats som ansvarar för att kvalitetskraven uppfylls).
- Ansvarsfull samverkan – alla åtgärder bör vidtas för att garantera att samverkan med eller länkar till andra webbplatser endast omfattar sådana webbplatser som handhas av pålitliga personer och organisationer som uppfyller relevanta uppförandekoder.
- Redaktionell policy – tydlig beskrivning av de metoder som har använts vid urvalet av innehåll.

Tillgänglighet

- *Tillgänglighet* – beaktande av riktlinjerna för fysisk tillgänglighet samt allmän upptäckbarhet, sökbarhet, läsbarhet, användbarhet etc.

Källa: Europeiska gemenskapernas kommission. 2002.

Relevant gemenskapslagstiftning och termerna i *kursiv stil* förklaras närmare i Europeiska gemenskapernas kommissions meddelande eEurope 2002: Kvalitetskriterier för hälsorelaterade webbplatser, som finns att läsa i sin helhet på adressen europa.eu.int/information_society/eeurope/ehealth/doc/communication_acte_sv_fin.pdf

**Webbplatser som stödjer utvecklingen av
studerandehälsovården**

<i>Organisation eller adress</i>	<i>Webbadress</i>	<i>Beskrivning av verksamheten ur studerandehälsovårdssynvinkel</i>
STUDIER		
EDU – Register över finländska yrkesläroanstal- ters hemsidor	www.edu.fi/koulut/amatilliset.html	Yrkesläroanstalter och deras hemsidor.
Studerande med särskilda behov	www.dipoli.tkk.fi/ok/p/erilaisetoppijat/oppimisvaikeudet/index.html www.erilaistenoppijoiden-liitto.fi/	Information om inlärningssvårigheter av olika slag. Länkar till lokalföreningar och utländska organisationer för läs- och skrivsvårigheter.
Graduttaja, Joensuu universitet	graduttaja.joensuu.fi/	Webbplats för handledning av examensarbeten, även stödgrupp.
Helsingfors uni- versitets student- kår	www.opiskelijakirjasto.lib.helsinki.fi/antoiiaan/	Handbok för utveckling av studierna och undervisningen.
Folkpensionsan- stalten	www.fpa.fi → studerande → sjukdom www.fpa.fi → Publikationer → Broschyrer	Studieförmåner och bostadstil- lägg Information om trygghet vid sjukdom. Elektroniska broschyrer.
Koulutusnetti	www.koulutusnetti.fi/koulutusnetti/	Aktuell information om utbildning som ordnas i Finland.
LUKI – TUKI- keskus, Turun kristillinen opisto	www.tk-opisto.fi → luki-tuki -keskus	Information om läs- och skrivsvårigheter och övningsmaterial för personer med läs- och skrivsvårigheter.
Nyyti ry – opiskelijoiden tukikeskus	www.nyyti.fi	Stöd särskilt för studerande vid vetenskaps- och konsthögskolor.
Utbildnings- styrelsen	www.edu.fi/tonet	Tjänster för studerande. Inlärning i arbetet.
Undervisnings- ministeriet	www.minedu.fi	
Opintoluotsi (UVM)	www.opintoluotsi.fi	Webbtjänst med information om utbildning.

<i>Organisation eller adress</i>	<i>Webbadress</i>	<i>Beskrivning av verksamheten ur studerandehälsovårdssynvinkel</i>
Studie-anvisningar, Åbo universitet	www.oppiminen.utu.fi	Basinformation om inlärnin, inlärningsmetoder och tips om hur man kan bli bättre på att lära sig.
Oppimisvaikeus-keskus	www.ovk.fi/	Informationstjänst för experter och berörda, utarbetad i samråd mellan Finlands CP-förbund, Förbundet Utvecklingshämning och Niilo Mäki Instituutti.
Suomen Opiskeli-Allianssi ry, OSKU	www.osku.info/	Intresse- och serviceorganisation för yrkesutbildningen på andra stadiet.
Papunet- Kehitys-vammaliitto/Tikoteekki	papunet.net/selko/arkipaiva/	Sidor på lättläst språk. Information om bl.a. hälsa, trygghet och pengar.
Peda-forum	tammi oulu.fi/pls/pedaforum/pedaforum.paasivu	Expert- och samarbetsnätverk inom universitetspedagogiken.
SAKKI ry – Finlands Yrkes-studerandes Centralförbund	www.sakkinet.fi/	Intresseorganisation för yrkes-studerande, påverkar utbildningspolitiken, rättskyddet och de sociala förmånerna.
SAMOK – Förbundet för Studentföreningar vid Yrkes-högskolorna i Finland	www.samok.fi/	Intresse- och serviceorganisation för yrkeshögskolestuderande, många och mångsidiga länkar.
Finlands Gymnasistförbund	www.lukio.fi	Intresse-, service- och fritidsorganisation för gymnasieelever.
Finlands Virtual-yrkeshögskola	www.virtuaaliamk.fi	Information om studier och studiemöjligheter via internet.
Finlands Student-kårers förbund	www.syl.fi	Organisation för universitets-studerande.
Folkhälsoinstitutet, Unga och Arbete	www.ttl.fi/Internet/Svenska/Temasidor/Unga och arbete/	Övergången från skola till arbetsliv, samordning av familj och arbete, unga arbetstagares rättigheter, arbetarskydd och företagshälsovård, litteratur och forskning i ämnet.
Verkkotutor, Tammerfors universitets fortbildningscentral	www.uta.fi/tyt/verkkotutor/oppija.htm	Om inlärnin och hur man kan utveckla den.

<i>Organisation eller adress</i>	<i>Webbadress</i>	<i>Beskrivning av verksamheten ur studerandehälsovårdssynvinkel</i>
HÄLSA OCH LEVNADSVANOR		
Alfabetisk hälso-ordlista	www.avoin.helsinki.fi/laaketiede/sanasto.asp	Centrala hälso- och sjukvårdstermer (på finska).
A-kliniken	www.a-klinikka.fi/	Information om forskning i och behandling av missbrukssjukdomar samt om vårdtjänster. Länkar till andra hjälpinstanser.
Alkoholprogrammet 2004–2007	www.alkoholiohjelman.fi	Aktuella artiklar, nyheter och meddelanden samt tips om evenemang från social- och hälsovårdsministeriet.
Apua	apua.info	Information och stöd om psykisk hälsa, par- och familjerelationer, familjevård samt alkohol och droger.
Allergi- och astmaförbundet	www.allergia.com	Information om astma och allergier, tjänster och publikationer.
Diabetesförbundet	www.diabetes.fi	Information och instruktionsmaterial om diabetes.
Portal för alkohol- och drogprevention	neuvoa-antavat.stakes.fi	Information om alkohol och droger som stöd för arbetet med alkohol- och drogprevention.
Finska förbundet för sund livsstil	www.elamantapaliitto.fi/	Främjande av hälsa och social välfärd genom förebyggande av skador som orsakas av alkoholmissbruk. Utbildning och instruktionsmaterial.
Epilepsiförbundet	www.epilepsia.fi	Information om epilepsi, instruktionsmaterial även för fackmän.
Finnish Fitness Plan	ffp.uku.fi	Råd om sambandet mellan motion och hälsa samt kostråd.
Huukoprojektet	www.huuko.fi	Information, utbildning och nätverk till förmån för narkotikavården.
Nej till droger rf	www.huumeitta.fi/	Information om droger.
Hudförbundet rf	www.iholiitto.fi	Information om hudsjukdomar, utbildning och rehabilitering.
Fri från narkotika rf	www.irtihuumeista.fi	Förebyggande arbete, stöd och hänvisning till vård samt utveckling av vården. Instruktionsmaterial och utbildning.
Folkhälsoinstitutet	www.ktl.fi	Aktuell folkhälsoinformation. Information om vacciner och vaccination.
Kataja, Kestävän parisuhteen kasvu ry.	www.katajary.info/	Sammanställer och sprider information om parrelationsarbete.

<i>Organisation eller adress</i>	<i>Webbadress</i>	<i>Beskrivning av verksamheten ur studerandehälsovårdssynvinkel</i>
Behandling av smärta	kipu.net	Kortfattad och lättfattlig information, en del av tjänsterna är avgiftsbelagda.
Riktlinjer för god medicinsk praxis	www.kaypahoito.fi	Nationella vårdrekommendationer, även patientversioner.
Trafikskyddet	www.liikenneturva.fi/ www.liikenneturva.fi/tyokalu-pakki/liikennekasvatus/toisen_asteen_koulutus	Fakta om trafiksäkerhet för studerande inom utbildningen på andra stadiet.
Giftinformationscentralen	www.myrkystietokeskus.fi	Information och förstahjälpanvisningar samt publikationer.
Nyyti	www.nyyti.fi/linkit_ja_artikkelit/etusivu.htm	Information, stöd och hjälpsanser vid olika situationer i de studerandes liv.
Studerandenas Idrottsförbund	www.oll.fi	Instruktion och tjänster för främjande av motion bland studerande.
Migrärföreningen i Finland rf	www.migreeni.org	Information om migrän och huvudvärk.
Osteoporosförbundet i Finland rf	www.osteoporosiliitto.fi →Luusto ja osteoporooosi	Information om osteoporos – riskfaktorer, förebyggande, forskning och vård.
Serviceguide för långtidssjuka vuxna	www.sairaanhyvaopas.net	Serviceguide för långtidssjuka, även för fackmän
Droglänken	www.paihdelinkki.fi/databank/	Information om alkohol, beroenden och vård.
Droglänken – e-konsultation	www.paihdelinkki.fi/eKonsultation/	Anonyma frågor från personer i vårdsektorn till specialister.
Näringsterapeuternas förening rf	www.ravitsemusterapeuttienyhdistys.fi/	Modeller för god kostbehandling, kontaktuppgifter till näringsterapeuter och relaterade länkar
Social- och hälsovårdsministeriet	www.stm.fi	Riksomfattande information och rekommendationer för social- och hälsovården samt elektroniska publikationer
Sosternet – informations-tjänst för social- och hälsovårdsorganisationer	www.sosternet.fi	Kontaktuppgifter till finländska social- och hälsovårdsorganisationer och uppgifter om deras verksamhet.
Stakes	www.stakes.fi www.sotkanet.fi	Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården. Information, statistik och elektroniska publikationer. Statistikdatabas.
Suomen ASH (Action on Smoking and Health)	www.suomenash.fi/	Stärker befolkningens hälsa och uppkomsten av ett stödjande klimat, producerar och förmedlar information om hälsorisker.

<i>Organisation eller adress</i>	<i>Webbadress</i>	<i>Beskrivning av verksamheten ur studerandehälsovårdssynvinkel</i>
Finlands Kommunförbund	www.kunnat.net	Information och statistik om social- och hälsovårdstjänster, klassificeringar.
Suomen Kunto-liikuntaliitto, Kunto ry	www.kunto.fi	Information om motionens hälsoeffekter.
Föreningen för Mental Hälsa i Finland	www.mielenterveysseura.fi	Allmän information om psykisk hälsa, hur man kan upprätthålla den, utveckla sina livsfärdigheter samt om hjälptjänster.
Reumaförbundet i Finland	www.reumaliitto.fi	Allmän information om reuma. Mångsidiga nationella och internationella länkar.
Finlands Hjärtförbund	www.sydanliitto.fi →Allt från hjärtat	Information om hälsosam kost och motion samt om hur rökning och alkohol påverkar hjärtat.
Ätstörningsförbundet i Finland – SYLI rf	www.syomishairioistentuki.fi/hoito.html	Nationella och internationella länkar om ätstörningar.
Cancerorganisationerna, Cancerföreningen i Finland	www.cancer.fi	Information om cancer, behandling och stödtjänster.
Förbundet för smittsamma sjukdomar	www.health.fi/tartuntatautiliitto/	Information och material om smittsamma sjukdomar och förebyggande av dem.
Centret för hälsofrämjande	www.health.fi →Terveysaineistot -tietokanta	Utvärderat hälsomaterial som stöd för hälsofrämjande arbete. Indelat efter målgrupp, ålder, innehåll och producenter.
Folkhälsoprogrammet Hälsa 2015	www.terveys2015.fi	Riktlinjer för finländsk hälsopolitik fram till 2015.
Terveysportti	www.terveysportti.fi	Mångsidiga databaser för fackmän, avgiftsbelagd.
Terveys - Hälsan rf	www.terveysry.fi/	Material för ungdomar om förebyggande av användning av tobak, alkohol och droger.
Tobaksnätverket	www.tupakka.org	Databank om rökning och tobak. Lagstiftning, instruktionsmaterial och länkar.
UKK-institutet	www.ukkinstituutti.fi	Forskningsrön och hälsomaterial om hälsa och främjande av funktionsförmågan. Tyngdpunkten på motion och hälsosamma levnadsvanor.

<i>Organisation eller adress</i>	<i>Webbadress</i>	<i>Beskrivning av verksamheten ur studerandehälsövårdssynvinkel</i>
Väestöliitto, Finska Befolkningsförbundet	www.vaestoliitto.fi/pa_svenska/mannens_tid www.vaestoliitto.fi/pa_svenska/ungdomar/ www.vaestoliitto.fi/pa_svenska/bibliotek/ www.vaestoliitto.fi/pa_svenska/sexuell_halsa	<p>Information till pojkar och män för att stödja männens sexuella hälsa och uppväxten till man.</p> <p>Råd och webbtjänst för flickor under 18 och pojkar under 20 år. Information om instruktionsmaterial och utbildning.</p> <p>Biblioteket vid Institutet för befolkningsforskning och Biblioteket vid Väestöliittos genetiska klinik, även elektroniskt material.</p> <p>Klinik för sexuell hälsa, webbtjänst.</p>
Studenternas hälsövärdsstiftelse	www.yths.fi www.yths.fi/kehra www.yths.fi → Terveysten edistäminen → Kehrä → opintopsykologitoiminta	<p>Hälsöinformation A–Ö samt information om främjande av individuell och social hälsa.</p> <p>Välfärdsprojekt som främjar de studerandes hälsa, välbefinnande och studieförmåga med kollektivt inriktade metoder.</p> <p>Materialpaket om studiepsykologens verksamhet.</p>
WHO. Världshälsöorganisationen	www.who.int	Internationell statistisk och komparativ information om hälsa och hälsotjänster.
BOENDE, LIVSHANTERING O.D.		
Boost	www.ijkk.fi/boost	Verktyg för identifiering av färdigheter som kräver förändring och utveckling och för uppgörande av individuella handlingsplaner. Särskilt för handikappade.
Förbundet för mödra- och skyddshem	www.ensijaturvakotienliitto.fi www.turvakoti.net/	Stödjer föräldraskap och familjeliv, en trygg barndom samt förebygger familjevald. Även publikationer och kontaktoppgifter till olika tjänster.

<i>Organisation eller adress</i>	<i>Webbadress</i>	<i>Beskrivning av verksamheten ur studerandehälsovårdssynvinkel</i>
Finlands Konsumentförbund Finlands Konsumentförbund – Valtti	www.kuluttajaliitto.fi www.kuluttajaliitto.fi/Valtti	Verklighetsnära och mångsidig ekonomisk information till ungdomar.
Konsumentverket och -ombudsmannen	www.kuluttajavirasto.fi	Aktuell information och råd till konsumenter.
Invandramaterial och Migrationsbiblioteket – Arbetsministeriet	www.mol.fi → Migration → Invandramaterial och Migrationsbiblioteket	Invandramaterial på flera språk.
Invandrarbroschyrer – Social- och hälsovårdsministeriet	www.stm.fi → Julkaisut → Erillisjulkaisut → Maahanmuuttaja-aineistot	Broschyrer om social- och hälsovårdstjänster, för personer som jobbar med invandrare.
Marttaliitto	www.martat.fi/neuvonta/	Hushållsrådgivning.
Nyyti ry – Opiskelijoiden tukikeskus	www.nyyti.fi → Elämä haltuun	Mångsidig information, hjälp och stöd för studerandes livshandtering.
Evangelisk-lutherska kyrkan i Finland	www.evl.fi → Livssituationer	Stöd och hjälp från församlingen i svåra livssituationer .
Finlands Studiebostäder Ab	www.soa.fi/	Hjälp med att söka studiebostad, länkar till lokala byråer.
Tukinet	www.tukinet.net	Kriscenter på nätet, med register över hjälp- och stödtjänster.
Väestöliitto, Finska Befolkningsförbundet	www.vaestoliitto.fi/ www.vaestoliitto.fi/pa_svenska/mangkulturellt_arbete/	Stöd till familjer, föräldrar och parrelationer. Om invandrades anpassning, särskilt frågor som gäller familjeliv, föräldraskap och barnuppfostran. Sidor på arabiska, engelska, svenska, somali och ryska.

SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIETS PUBLIKATIONER
ISSN 1236-2050

- 2006: 1 Sosiaaliturvan suunta 2005–2006.
ISBN 952-00-1935-9 (nid.)
ISBN 952-00-1936-7 (PDF)
- 2 Huumausainetestaus työelämässä.
ISBN 952-00-1981-2 (nid.)
ISBN 952-00-1982-0 (PDF)
- 3 Narkotikatestning i arbetslivet.
ISBN 952-00-1983-9 (inh.)
ISBN 952-00-1984-7 (PDF)
- 4 Sosiaali- ja terveystietomus 2006.
ISBN 952-00-1996-0 (nid.)
ISBN 952-00-1997-9 (PDF)
- 5 Romanit toimijoina yhteiskunnassa.
Romaniasiaien neuvottelukunta 50 vuotta -juhlaulkaisu.
Toim. Sarita Friman-Korpela, Anne-Mari Mäki.
ISBN 952-00-1998-7 (nid.)
ISBN 952-00-1999-5 (PDF)
- 6 Sosiaalihuollon täydennyskoulutussuositus.
Opas kunnille ja kuntayhtymille.
Toim. Anu Kallio, Pirjo Sarvimäki.
ISBN 952-00-2004-7 (nid.)
ISBN 952-00-2005-5 (PDF)
- 7 Rekommendation om kompletterande utbildning inom
socialvården. Handbok för kommuner och samkommuner.
Red. av Anu Kallio, Pirjo Sarvimäki.
ISBN 952-00-2006-3 (inh.)
ISBN 952-00-2007-1 (PDF)
- 8 National Occupational Safety and Health Profile of Finland.
ISBN 952-00-2010-1 (paperback)
ISBN 952-00-2011-X (PDF)
- 9 Valtioneuvoston selonteko vammaispolitiikasta 2006.
ISBN 952-00-2018-7 (nid.)
ISBN 952-00-2019-5 (PDF)

- 10 Statsrådets redogörelse om handikappolitiken 2006.
ISBN 952-00-2022-5 (inh.)
ISBN 952-00-2023-3 (PDF)
- 11 Government Report on Disability Policy 2006.
ISBN 952-00-2024-1 (paperback)
ISBN 952-00-2025-X (PDF)
- 12 Opiskeluterveydenhuollon opas.
ISBN 952-00-2026-8 (nid.)
ISBN 952-00-2027-6 (PDF)
- 13 Handbok för studerandehälsovården.
ISBN 978-952-00-2028-6 (inh.)
ISBN 978-952-00-2029-3 (PDF)